

Qualitätsstandards für die Akutsomatik

Normative Grundlage für die Zertifizierung
der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen



Version 22/2016

Stiftung SanaCERT Suisse
Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung
im Gesundheitswesen

Bern, 25. Januar 2016

Inhalt

Seite

| | |
|---|-----|
| Kommentar zur Version 22 der Standards für die Akutsomatik | 3 |
| Grundstandard: Qualitätsmanagement | 4 |
| Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene | 10 |
| Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen | 15 |
| Standard 3: Beurteilung der Angemessenheit von Aufenthaltsdauern | 19 |
| Standard 5: Schmerzbehandlung | 23 |
| Standard 6: Abklärung und Behandlung von Diabetes mellitus | 28 |
| Standard 7: Chirurgie | 31 |
| Standard 10: Informieren und Entscheiden im Behandlungsnetz | 36 |
| Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen | 41 |
| Standard 12: Mitarbeitende Menschen – Human Resources | 46 |
| Standard 13: Patienteninformation | 53 |
| Standard 14: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation | 57 |
| Standard 15: Ernährung | 65 |
| Standard 16: Frauenklinik | 69 |
| Standard 17: Umgang mit Beschwerden und Wünschen von Patientinnen und Patienten | 73 |
| Standard 18: Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten | 77 |
| Standard 20: Rettungsdienst | 82 |
| Standard 21: Familienorientierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen | 87 |
| Standard 22: Abklärung, Behandlung und Betreuung | 93 |
| Standard 23: Risikomanagement | 98 |
| Standard 25: Palliative Betreuung | 104 |
| Standard 26: Sichere Medikation | 110 |
| Standard 28: Decubitusvermeidung und -behandlung | 116 |
| Standard 29: Sturzprävention | 121 |
| Standard 30: Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen | 125 |
| Autorinnen und Autoren | 130 |
| Revisionen der Standards seit 2006 (History) | 133 |

Kommentar

zur Version 22 der Standards für die Akutsomatik

Bisher wurden die Standards so dargestellt, dass die Standardelemente und die Erläuterungen zum Standard sich in einem Dokument befanden und das Manual mit Standardelementen und Bewertungskriterien in einem anderen Dokument.

Neu sind diese beiden Dokumente zusammengefasst in der Version 22, wo Sie als Leser zu jedem Standard zuerst das Manual (Standardelemente und Bewertungskriterien) und anschliessend die Erläuterungen zum Standard sowie die Literaturangaben finden.

Am Schluss der Version 22 finden Sie eine Zusammenfassung der Revisionen der Standards seit 2006 (History).

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.

Redaktion: Christoph Cottier/Susanne Kästli

Bezugsort: Stiftung SanaCERT Suisse
Geschäftsstelle
Effingerstrasse 55
3008 Bern

Telefon 031 333 72 63
info@sanacert.ch

Grundstandard: Qualitätsmanagement

| Standardelement | Bewertungskriterien |
|--|--|
| 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Das Unternehmen verfügt über eine qualitätspolitische Grundsatzerklärung. – Prioritäten für die Qualitätssicherung und -entwicklung sind bestimmt. – Ziele zur Qualitätssicherung und -entwicklung sind schriftlich formuliert und mit Terminen versehen. – Mindestens ein auf die Ziele bezogenes Ergebniskriterium (Indikator, Kennzahl) wird gemessen. – Sind Massnahmen notwendig, werden diese eingeleitet und evaluiert. |
| 2. Das Unternehmen überprüft die Qualitätssicherung und -entwicklung periodisch auf Nutzen und Aufwand. | <ul style="list-style-type: none"> – Eine Bewertung von Nutzen und Aufwand wie auch allfällige daraus sich ergebende Empfehlungen zur Verbesserung der Prozesse in der Qualitätssicherung und -entwicklung liegen vor. |
| 3. Das Unternehmen informiert die Mitarbeitenden über die Arbeit an der Qualität und motiviert die Mitarbeitenden auf jeder Stufe zur Mitwirkung. | <ul style="list-style-type: none"> – Das Unternehmen hat schriftlich festgelegt, wie es die Mitarbeitenden über die Arbeit an der Qualität informiert. – Die entsprechenden Informationsinstrumente sind vorhanden und den Mitarbeitenden zugänglich. – Die Mitarbeitenden wissen, wo sie sich über die Arbeit an der Qualität informieren können. |
| 4. Das Unternehmen hat einen oder mehrere Qualitätsbeauftragte ernannt. Deren Aufgaben und Befugnisse sind schriftlich festgehalten und von der obersten operativen Führungsebene genehmigt. | <ul style="list-style-type: none"> – Ein schriftlicher Auftrag bzw. eine Stellenbeschreibung für die Qualitätsbeauftragten ist vorhanden. – Protokolle belegen die Aktivität der Qualitätsorgane. |
| 5. Das Unternehmen steuert seine Betriebsabläufe über einen prozess-orientierten Ansatz. | <ul style="list-style-type: none"> – Das Unternehmen hat geregelt, in welcher Art Prozesse erfasst und gelenkt werden. – Das Unternehmen sorgt dafür, dass die Prozesseigner ihre Rolle und Verantwortlichkeiten zur Entwicklung, Pflege und Verbesserung der Prozesse wahrnehmen. – Die Mitarbeitenden sind in der Lage, die Dokumente und Daten, die den jeweiligen Prozess steuern, einfach und jederzeit abzurufen. |
| 6. Das Unternehmen fördert die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen. | <ul style="list-style-type: none"> – Die Indikatoren für die Erreichung der Ziele sind im Quality Dashboard dargestellt. – Das Unternehmen dokumentiert die Analyse von Kennzahlen und Indikatoren (Ergebniskriterien) und bewertet die sich daraus ergebenden Verbesserungsmaßnahmen. – Das Unternehmen fördert die Selbstüberprüfung durch interne Audits. – Das Unternehmen informiert die Mitarbeitenden über die Analyse der Indikatoren, über weitere Überprüfungen im Rahmen des Qualitätsmanagements und über eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen. |
| 7. Die Qualitätsbeauftragten und die Mitglieder von Qualitätszirkeln und Projektgruppen werden für ihre Aufgaben fort- und weitergebildet. Es besteht eine Fort- und Weiterbildungsplanung. | <ul style="list-style-type: none"> – Ein Fort- und Weiterbildungsplan ist vorhanden. – Stattgefundene Fort- und Weiterbildungen werden ausgewiesen. |
| 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). | <ul style="list-style-type: none"> – Das Unternehmen verfügt über ein Konzept zur Information über seine Anstrengungen zur Qualitätsentwicklung. Das Konzept ist von der obersten operativen Führungsebene des Unternehmens verabschiedet. – Nachweise für die Information gegen innen und aussen sind vorhanden. – Jährliche Qualitätsberichte liegen vor. |

Grundstandard: Qualitätsmanagement

Erläuterungen zum Standard

Einleitung

Was bedeutet der Begriff "Qualitätsmanagement"?

Allgemein kann das Qualitätsmanagement als Steuerungsinstrument verstanden werden, das die Massnahmen umfasst, mit denen im Unternehmen die Qualität der Leistungen gesichert und verbessert werden.^{1,2,3,4,5,6,7} Ein wirksames Qualitätsmanagement ist eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung von Qualitäts-Standards.

Gemäss Erfahrungen aus den Zertifizierungsverfahren von SanaCERT Suisse und Hinweisen aus Publikationen sind folgende Elemente entscheidend:^{8,9,10,11,12,13}

- Im Zentrum steht die an Patientinnen und Patienten erbrachte Leistung.
- Die Verantwortung für das Qualitätsmanagement wird von der obersten operativen Führungsebene des Unternehmens wahrgenommen.
- Die Arbeit an der Qualität stützt sich auf eine bindende Qualitätspolitik und folgt klar definierten Zielen zur Qualitätssicherung und -entwicklung.
- Aufgaben und Kompetenzen der Qualitätsbeauftragten sind geregelt.
- Die Arbeit an der Qualität wird transparent kommuniziert als Voraussetzung für die optimale Beteiligung der Mitarbeitenden.
- Ein prozessorientierter Ansatz steuert die Betriebsabläufe.
- Das Unternehmen versteht sich als lernende Organisation und verwendet Methoden, die die kontinuierliche Verbesserung der erbrachten Leistungen unterstützen.
- Die Sicherung der Qualität wird laufend überprüft.

SanaCERT Suisse hat diese Elemente in den Grundstandard Qualitätsmanagement aufgenommen.

Gesetzliche Vorgaben

Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) und in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) wird die Qualitätssicherung geregelt.^{22,23} Eine wichtige Voraussetzung zur Erfüllung der Anforderungen der Art. 58 KVG und Art. 77 Abs. 1 KVV ist das Vorhandensein eines systematisch aufgebauten und kontinuierlichen Qualitätsmanagements. Die Anforderungen an die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sind in der Schweiz von Kanton zu Kanton unterschiedlich geregelt. Zusammengefasst wird zwar vom Gesetz und in den dazugehörigen Verordnungen eine wirksame Qualitätssicherung gefordert, aber die zu verwendende Methode ist in der Regel nicht vorgeschrieben.

Qualitätspolitik und Ziele

Die Hauptverantwortung für das Qualitätsmanagement liegt bei der obersten operativen Führungsebene. In einigen Unternehmen des Gesundheitswesens wird dies die Geschäftsleitung sein, in anderen Unternehmen die Direktion oder eine Unternehmenskommission. Das Unter-

nehmen hat in der qualitätspolitischen Grundsatzerklärung festgelegt, wie es die Arbeit an der Qualität fördern will. Hier ist auch verankert, dass die Leistung an Patientinnen und Patienten im Zentrum steht. Abgeleitet von den strategischen Zielen der Unternehmung werden die Prioritäten gesetzt und die Ziele der Qualitätssicherung und -entwicklung periodisch festgelegt. Dabei kann das Unternehmen auch die Erfüllung von Qualitätsstandards wie diejenigen von SanaCERT Suisse zum Ziel setzen.

Qualitätsmanagement geht alle an

Die Qualitätsentwicklung in einem Unternehmen ist dann erfolgreich, wenn es gelingt, die Mitarbeitenden in das Qualitätsmanagement einzubeziehen. Am Qualitätsmanagement sollen alle mitwirken. Wenn sich die Mitarbeitenden im Unternehmen durch diese Aufgabe nicht persönlich angesprochen fühlen und nicht bereit sind, ihren Beitrag zur Qualitätsentwicklung zu leisten, werden die Ziele der obersten operativen Führungsebene weniger gut erreicht.

Organisation des Qualitätsmanagements

In der Regel übernimmt ein Mitglied der obersten operativen Führungsebene des Unternehmens die Verantwortung für das Dossier "Qualitätsmanagement".

Das Unternehmen ernennt eine Qualitätsbeauftragte bzw. einen Qualitätsbeauftragten. Die Funktionen dieser Person bzw. der Personen (es können sich auch mehrere Personen in diese Funktionen teilen) sollen klar umschrieben sein.

Das Unternehmen kann eine Qualitätskommission einsetzen, die interprofessionell und multidisziplinär zusammengesetzt ist. Diese ist für das gesamte Unternehmen zuständig. Bei der Zusammensetzung ist darauf zu achten, dass Repräsentantinnen und Repräsentanten der verschiedenen Abteilungen und Dienste berufen werden, die in ihren Bereichen das Thema Qualitätssicherung und -entwicklung auch motivierend und als Vorbilder einführen und umsetzen können.

Das Unternehmen setzt themenbezogene Projektgruppen (Qualitätszirkel) ein und versieht diese mit einem schriftlichen Auftrag. Die Projektgruppen (Qualitätszirkel) kommen regelmässig zusammen, um Vorschläge zur Qualitätssicherung und -entwicklung zu erarbeiten, umzusetzen und deren Wirkung auszuwerten.

Die hier verwendeten Gremien "Qualitätskommission", "Qualitätszirkel", "Projekt-gruppen" etc. sind nicht bindend. Es ist nicht beabsichtigt, mit diesem Standard die Qualitätsmanagementstrukturen verschiedener Unternehmen zu vereinheitlichen und einheitlich zu benennen.

Erfolgreiche Anstrengungen zur Qualitätssicherung und -entwicklung setzen eine ständige Weiterbildung aller Beteiligten voraus. Das Weiterbildungskonzept zum Thema Qualitätsentwicklung wird von der Unternehmensleitung genehmigt.

Prozessorientierter Ansatz

In den letzten Jahren hat sich auch im Gesundheitswesen der prozessorientierte Ansatz für die Steuerung der Betriebsabläufe und Ressourcen durchgesetzt. Weitergehende Informationen finden sich in verschiedenen Veröffentlichungen.^{4,8,10,11,14,15}

SanaCERT Suisse schreibt nicht vor, nach welcher Methode des prozessorientierten Ansatzes die Betriebsabläufe gesteuert werden.

Kontinuierliche Verbesserung

Das Prinzip des Continuous Quality Improvement verlangt, dass das Unternehmen die Qualität seiner Leistungen systematisch und kontinuierlich anhand von ausgewählten Indikatoren überprüft. Dazu eignet sich die Methodik nach Deming, wo gemäss des Qualitätsregelkreises "Plan-

Do-Check-Act" (P-D-C-A) der Indikator überprüft, die Abweichung vom Zielwert analysiert und wenn nötig Verbesserungen umgesetzt werden.^{17,18} Für die Darstellung der Zielerreichung eignet sich das Quality Dashboard, wo Soll- und Ist-Werte zu ausgewählten Indikatoren dargestellt sind.^{19,20,21}

Eine weitere bewährte Methode ist das Critical Incidence Reporting. SanaCERT Suisse hat dazu einen eigenen Standard erarbeitet (Standard 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen). Wesentliche Impulse für Verbesserungen ergeben sich auch aus den Aussagen von Beschwerden der Kunden (vgl. dazu den Standard 17 Beschwerden und Wünsche von Patientinnen und Patienten), aber auch aus der systematischen Analyse von Komplikationen medizinischer Behandlungen und Eingriffe.

Selbstbewertung und Fremdbewertung

Das Qualitätsmanagement kann als ein selbst-evaluativer Prozess verstanden werden. Jedes Unternehmen definiert eigenverantwortlich die Ziele, Richtlinien, Organisationsstrukturen, prioritären Interventionsbereiche, die Arbeitsweise und das Tempo für die Qualitätssicherung und -entwicklung. Deshalb ist es von zentraler Bedeutung, dass das Qualitätsmanagement und seine Wirkung periodisch einer Selbstbewertung unterzogen werden.

Die Selbstbewertung dient der Überprüfung des Qualitätsmanagementsystems auf seine Zweckmässigkeit, Eignung und Einhaltung der festgelegten Ziele. Die Überprüfung erfolgt durch speziell dafür ausgebildetes Personal des eigenen Unternehmens. Die Selbstbewertung gibt unter anderem Antwort auf die Frage, ob der Qualitätsregelkreis P-D-C-A vereinbarungsgemäss vollendet worden ist. Die Phase der Selbstbewertung dient der Vorbereitung der nachfolgenden Fremdbewertung.

Für die Fremdbewertung des Qualitätsmanagements stehen verschiedenen Methoden zur Auswahl. Eine davon bietet SanaCERT Suisse an. Das Qualitätsmanagement wird auf der Grundlage von Qualitätsstandards im Audit mittels Peer Review periodisch überprüft.

Kommunikation

Die Projektgruppen (Qualitätszirkel) erstatten der Qualitätskommission regelmässig Bericht über ihre Tätigkeit. Die Qualitätskommission ihrerseits erstattet der Unternehmensleitung / der obersten operativen Führungsebene Bericht. Diese ist verantwortlich für die stufengerechte Information innerhalb des Betriebes. Sie ist aber auch dafür besorgt, dass die Anstrengungen des Unternehmens für die Qualitätssicherung und -entwicklung gegen aussen (zum Beispiel gegenüber Patientinnen und Patienten, Angehörigen, zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, weiteren Kundinnen und Kunden, Lieferanten, sowie einer breiteren Öffentlichkeit etc.) kommuniziert wird.

Literatur

1. Kaltenbach Tobias (1993): Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Management. 2. Auflage 1993 (Diss. Universität Köln 1990). Melsungen
2. Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. Quality in Health Care; 8: 184-190
3. Lauterbach Karl W., Schrappe Matthias (2003): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence Based Medicine. 2. erweiterte Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart
4. Nabitz Udo, Schramade Mark and Schippers Gerard: Evaluating treatment process redesign by applying the EFQM Excellence Model. International Journal for Quality in Health Care 2006; Volume 18, Number 5: pp. 336-345
5. Mansky T.: Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement in der Praxis – Verbesserung als Ziel; Dtsch Med Wochenschr 2011; 136: S41-S42
6. Shaw Charles D., Groene Liver, Botje Daan, Sunol Rosa et al.: The effect of certification an accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. International Journal for Quality in Health Care 2014; Volume 26, Number S1: pp. 100-107
7. Gratwohl et al.: Haematologica 2014; 99: 908-915
8. DIN EN ISO 9001:2008 Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen; <http://shop.snv.ch/de/home/>
9. KTQ-GmbH: KTQ-Manual inkl. KTQ-Katalog 2009/Version 2; KTQ-GmbH, 10178 Berlin
10. DIN EN ISO 15224:2012 Dienstleistungen im Gesundheitswesen – Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen nach EN ISO 9001:2008; <http://shop.snv.ch/de/home/>
11. EFQM Exzellenz Modell 2013; <http://www.saq.ch/de/shop/efqm-broschueren/detail/47/>
12. Botje Daan, Klazinga NS, Sunol R, Groene O, Pfaff H et.al.: Is having quality as an item on the executive board agenda associated with the implementation of quality management systems in European hospitals: a quantitative analysis. International Journal for Quality in Health Care 2014; Volume 26, Number S1: pp. 100-107 2014; Volume 26, Number S1: pp.92-99
13. Joint Commission International: Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser, 5. Ausgabe, 1.4.2014
14. H+-Ausbildungszentrum (1999): Leitfaden zum Qualitätsmanagement im schweizerischen Krankenhaus. 3. erweiterte Auflage 1999.
15. Holstein A, Plaschke A, Schlieker H and Egberts E-H: Structural an process quality in the management of diabetic emergencies in Germany. International Journal for Quality in Health Care 2002; Volume 14, Number 1: pp. 33-38
16. Wagner Cordula , DUQuE quality management measures: associations between quality management at hospitals an pathway levels; International journal for Quality in Health Care 2014, Vol 26 Number S1: pp.66-73
17. Masaaki Imai: Kaizen. Der Schlüssel zum Erfolg der Japaner im Wettbewerb. 7. Auflage. Ullstein, Berlin u. a. 1996, [ISBN 3-548-35332-0](https://www.isbn.org/9783548353320) (Ullstein 35332 Ullstein-Sachbuch Management).
18. Masaaki Imai: Gemba Kaizen. Permanente Qualitätsverbesserung, Zeitersparnis und Kostensenkung am Arbeitsplatz. Wirtschaftsverlag Langen Müller, München 1997

19. Kroch E, Vaughn T, Koepke M, Roman S, Foster D, Sinha S & Levey S (2006) Hospital Boards and Quality Dashboards. Journal of Patient Safety 2 (1), 10-19.
20. Roth Armin: Unternehmenssteuerung mit Management-Cockpits, in Wirtschaftsinformatik & Management Heft 3/2010, S.20-25
21. McLaughlin N, Afsar-manesh N, Ragland V, Buxey F & Martin N (2014) Tracking and Sustaining Improvement Initiatives: Leveraging Quality Dashboards to Lead Change in a Neurosurgical Department. Neurosurgery 74 (3), 235-244.
22. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG):
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html> (Zugriff 02.06.2015)
23. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV):
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html> (Zugriff 02.06.2015)

Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene

| Standardelement | Bewertungskriterien |
|--|---|
| 1. Das Spital hat die Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene so dokumentiert, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter diese entsprechend ihrer bzw. seiner Funktion nachvollziehen kann. | <ul style="list-style-type: none"> – Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene sind vorhanden und zugänglich. – 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. – Die befragten Auskunftspersonen wissen gut Bescheid. |
| 2. Für bestimmte Zeiträume werden Ziele der Infektionsprävention und Spitalhygiene bestimmt. Arbeits- und Zeitpläne zeigen auf, wie diese Ziele zu erreichen sind. | <ul style="list-style-type: none"> – Prioritäten für die nächsten 12 Monate sind bestimmt. – Sie sind im Spital bekannt. – Ein konkreter Arbeits- und Zeitplan zur Umsetzung der prioritären Ziele ist vorhanden. Zwischenevaluationen finden statt. |
| 3. Die Zielerreichung wird gemessen. | <ul style="list-style-type: none"> – Eine Erhebung (zum Beispiel der nosokomialen Infekte, der Wundinfekte, mikrobiologische Analysen ausgewählter Stellen, Resistenzstatistik etc.) findet statt. – Die Ergebnisse sind verfügbar. – Schwellenwerte 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Alle bezüglich Infektionsprävention und Hygiene wichtigen Bereiche des Spitals sind vertreten. |
| 5. Mitglieder der Hygienekommission und des Fachteams haben Fortbildungsveranstaltungen in diesem Bereich besucht. | <ul style="list-style-type: none"> – Ein Fortbildungsplan ist vorhanden. – Eine spitalexterne Fortbildung ist von mindestens einem Mitglied besucht. – Ein Fortbildungscontrolling fand statt. |
| 6. Fachpersonen im Bereich der Infektionsprävention und Hygiene beraten und unterstützen die Institution bei Bedarf. | <ul style="list-style-type: none"> – Eine kontinuierliche Beratung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt FMH für Infektiologie (fest angestellt oder extern im Auftragsverhältnis) ist gewährleistet. |

Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Das Ziel der hygienischen Massnahmen ist die Vermeidung von Infektionen. Das Qualitätsmanagement in diesem Bereich bedeutet, dass diese Massnahmen immer wieder darauf überprüft werden, ob sie noch angemessen, wirksam und wirtschaftlich sind.

Risikobereiche

Klare Strukturen in der Strategie zur Infektionsprävention setzen eine Analyse der Risikobereiche voraus. Als Risikobereiche werden unterschieden:

- i. Infektionsrisiken, die von Patientinnen und Patienten ausgehen;
- ii. Infektionsrisiken, die von medizinischen Massnahmen ausgehen;
- iii. Infektionsrisiken, die das Personal gefährden oder vom Personal ausgehen;
- iv. Infektionsrisiken, die von Besucherinnen und Besuchern ausgehen;
- v. Nahrungsmittel-assoziierte Infektionsrisiken;
- vi. Infektionsrisiken, die von medizinischem Abfall ausgehen.

Diese Bereiche unterscheiden sich grundlegend in ihrer Problemstellung. Für die Lösung der sich stellenden Aufgaben ist unterschiedliches Personal mit verschiedener Berufsbildung beauftragt.

Organisationsstrukturen

1. Spitalhygiene

Das Ziel der Spitalhygiene besteht einerseits in der Verhinderung von Infektionen, die bei medizinischen Massnahmen übertragen werden können, und sie trifft andererseits Massnahmen gegen die Ausbreitung von resistenten Keime im Spital. Ihre Aktivitäten sind: Erstellen von Hygienerichtlinien, Beratung und Schulung des Personals, Kontrolle und Koordination der Isolationsmassnahmen, Infektüberwachung, Abklärung von Infektionsausbrüchen etc. Darin eingeschlossen sind Fragen der Händehygiene, der Desinfektion und der Instrumentenaufbereitung.

2. Personalärztlicher Dienst

Neben den übrigen Aufgaben ist der personalärztliche Dienst zuständig für den Impfschutz des Personals, die Betreuung des Personals nach Stich- und Schnittverletzungen und die Umgebungsuntersuchung nach Kontakt mit infektiösen Patientinnen und Patienten (z. B. Tuberkulose, Noroviren, MRSA, Varizellen).

3. Küche

Fragen der Lebensmittelhygiene müssen von der Küchenleitung geregelt werden. Dazu gehören Vorschriften über die Verwendung von Lebensmitteln (Eier, Eingangskontrollen, etc), Vorschriften über die Zubereitung (z.B. Kerntemperatur von Fleisch) oder Vorschriften zur Lagerung von Nahrungsmittel (Lagertemperatur, Lagerdauer, Kontrolle der Kühlschränke, etc.).

4. Entsorgung

Die Abfallentsorgung ist primär ein logistisches Problem und ist deshalb in der Regel organisatorisch auch bei der Logistik angesiedelt. Von einem Teil des Abfalls geht jedoch auch eine Infektionsgefahr aus. Das Konzept zur Entsorgung von infektiösem Abfall muss deshalb interdisziplinär erarbeitet werden.

Schnittstellen

Das Spital muss aufzeigen, dass es über ein funktionierendes Qualitätsmanagement in den verschiedenen Teilbereichen der Infektionsprävention verfügt und dass die Schnittstellen zwischen den Bereichen geregelt sind. Solche Schnittstellen sind beispielsweise:

- Küche – Spitalhygiene: Schulung der Händehygiene beim Küchenpersonal; Fragen der Flächendesinfektion in der Küche.
- Küche – Personalärztlicher Dienst: Vorgehen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Küche, die enteropathogene Keime ausscheiden.
- Entsorgung – Küche: Entsorgung von Küchenabfällen.
- Entsorgung – Spitalhygiene: Umgang mit infektiösem Abfall.
- Spitalhygiene – Personalärztlicher Dienst: Meldung von exponiertem Personal bei Fällen von Tuberkulose, MRSA, Noroviren, Varizellen etc.; Evaluation von Sicherheitssystemen zur Blutentnahme; Aktionen zur Impfung des Personals (Grippe, Varizellen von nicht-immunen Mitarbeitenden), etc.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Wie die Richtlinien dokumentiert sind (Ordner, Datei auf dem Intranet, Kärtchen etc.) ist nicht entscheidend. Wichtig sind die Zugänglichkeit, die übersichtliche Darstellung und die Verständlichkeit. Dabei stellen die Mitarbeitenden, welche der deutschen Sprache wenig mächtig sind, eine besondere Herausforderung dar. Die Hygieneverantwortlichen sorgen dafür, dass auch fremdsprachige Mitarbeitende mit den sie betreffenden Richtlinien vertraut sind.

Jedes Spital, jede Klinik und jedes Heim muss über Richtlinien zu Umgang mit speziellen Infektions-Erregern verfügen. Sicher gehören Richtlinien zu MRSA, Tuberkulose und Noroviren dazu, idealerweise auch zu Varizellen. Aktuell muss auch die Vogelgrippe erwähnt werden. Diese Liste wird je nach der Situation und Ausrichtung der Institution ergänzt durch Richtlinien zu:

- weiter resistenten Keimen (wie z.B. ESBL), dies vor allem in grösseren somatischen Akutspitälern mit Intensivstationen;
- Creutzfeldt-Jakob (CJD) v. a. in Spitälern mit Neurochirurgie;
- ev. importierte virale hämorrhagische Fieber v. a. in Zentrumsspitalern, die oft Reise-rückkehrer betreuen.

Selbstverständlich muss ein Spital, ein Heim oder eine Klinik nicht gleich beim Einstieg in das Zertifizierungsverfahren über Richtlinien zu allen genannten Themen verfügen. Richtlinien zu MRSA, Tuberkulose und Noroviren dürften jedoch in fast allen Situation zur "Grundausrüstung" gehören.

Zu 2

Eine grosse Herausforderung im Bereich der Infektionsprävention und Hygiene stellt der weise Umgang mit der ständigen Fülle von möglichen Eingriffen und Massnahmen dar. Das Thema „Infektionsprävention und Spitalhygiene“ ist schier unerschöpflich. Es geht folglich darum, für

einen definierten Zeitraum klare Prioritäten zu setzen und mit konkreten Arbeits- und Zeitplänen aufzuzeigen, auf welche Weise die von der Hygienekommission erteilten Aufträge erfüllt werden sollen.

Zu 3

Damit die Zielerreichung gemessen werden kann, müssen die Ziele auch messbar formuliert sein. Es sollten also entsprechende Zielwerte diskutiert und bestimmt werden.

Zu 4

Alle bezüglich Infektionsprävention und Hygiene wichtigen Bereiche des Spitals sind in der Hygienekommission vertreten. Die Hygienekommission übernimmt eher eine legislative Rolle (Beispiele: Verabschieden von Richtlinien, Weisungsbefugnisse). Das Fachteam Hygiene bzw. die Hygienefachperson ist für die operationellen Belange zuständig (Beantworten von Hygienefragen im Alltag, Hygiene-Audits, Erstellen von Hygienerichtlinien, Schulung, Erheben von Infektdaten, etc.).

Zu 5

Angesichts der raschen Entwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse im Bereich der Infektionsprävention und Hygiene sind gezielte Anstrengungen zur Fortbildung der Hygieneverantwortlichen ausser Haus unerlässlich. Der Fortbildungsplan sollte in direktem Bezug zu den beschlossenen Prioritäten stehen.

Die Vorstellung, dass sämtliche Mitglieder der Hygienekommission jedes Jahr mindestens eine spitalexterne Fortbildungsveranstaltung zu besuchen hätten, ist unrealistisch. Es geht auch hier nicht um Quantität, sondern um Qualität. Wichtig ist ein planmässiges Vorgehen. Wichtig ist zudem die Frage, wie das an spitalexternen Fortbildungsveranstaltungen erworbene Wissen in der Hygienekommission und im Haus weiter vermittelt und im Alltag angewandt werden kann.

Zu 6

Für die Arbeit der Hygieneverantwortlichen ist der Zugang zu mikrobiologischen Befunden unverzichtbar. Darüber hinaus muss eine enge Zusammenarbeit mit einem mikrobiologischen Labor gewährleistet sein, um Strategien für die Infektionsüberwachung sowie für die Erstellung einer Keim- und Resistenzstatistik zu entwickeln. Beim Auftreten bestimmter nosokomialer Infektionserreger kommt der Mikrobiologie eine Alarmfunktion zu. Ist im Spital kein eigenes mikrobiologisches Labor verfügbar, muss eine regelmässige Zusammenarbeit mit einem externen mikrobiologischen Labor sicher gestellt sein. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit setzt regelmässige Kontakte zwischen den Hygieneverantwortlichen und der Mikrobiologie voraus.

Eine kontinuierliche fachärztliche Beratung des Fachpersonals für Infektionsprävention und Spitalhygiene ist unabdingbar. Sind die Fachärzte und Fachärztinnen FMH für Infektiologie nicht von der Einrichtung fest angestellt, ist ein schriftlicher Nachweis zu erbringen, dass ein Beratungsvertrag mit einer externen Fachstelle (z. B. im Zentrumsspital) abgeschlossen wurde.

Literatur

- **Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Hrsg. (2002):** Pro-Hyg Leitlinie Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene- 194 Seiten (erhältlich bei doris.gojakovich@bmgf.gv.at oder Tel. +43 1 711 00 4208)
- **BLANC Dominique S., PITTET Didier, RUEF Christian, WIDMER Andreas F., MÜHLEMANN Kathrin, PETIGNAT Christiane, HARBARTH Stephan, AUCKENTHALER Raymond, BILLE Jacques, FREI Reno, ZBINDEN Reinhard, PEDUZZI Raffaele, GAIA Valeria, KHAMIS Huma, BERNASCONI Enos, FRANCIOLI Patrick (2002):** Epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: results of a nation-wide survey in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2002; 132:223-229
- **FLAMM Heinz, ROTTER Manfred, Hrsg. (1999 ⁴) :** Angewandte Hygiene in Krankenhaus und Arztpraxis. Ein Lehrbuch über Krankenhaus-, Seuchen- und Umwelthygiene, Präventivmedizin, öffentliches Gesundheitswesen. 4. Aufl. Verlag Wilhelm Maudrich; Wien München Bern 1999, 553 Seiten
- **GASTMEIER Petra, RÜDEN Henning, LODE Hartmut, EKKERNKAMP Axel, SEIFERT Julia (1998):** Qualitätssicherung in der nosokomialen Infektiologie. Leitlinien – Prävention - Therapie. Aesopus Verlag, 80 Seiten
- **Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (2002):** Empfehlungen: Ausbruchmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2002; 45: 180 - 186
- **PITTET Didier, WIDMER Andreas F. (2001):** Händehygiene: neue Empfehlungen. *SWISS NOSO* Band 8, Nr. 1 Dezember 2001, S. 25 - 31
- **RÜDEN Henning, DASCHNER Franz, GASTMEIER Petra , Hrsg.(2000):** Krankenhausinfektionen. Empfehlungen für das Hygienemanagement.. Springer Verlag 2000, 186 Seiten
- **RÜDEN Henning, DASCHNER Franz, SCHUMACHER M. (1995):** Nosokomiale Infektionen in Deutschland: Erfassung und Prävention. NIDEP-Studie Teil 1: Prävalenz nosokomialer Infektionen. Qualitätssicherung in der Krankenhaushygiene. Baden-Baden, Nomos 1995. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 56
- **SAX Hugo, RUEF Christian, WIDMER Andreas F. (1999):** Qualitätsstandard für Spitalhygiene an mittleren und grossen Spitälern der Schweiz: ein Konzeptvorschlag. *Schweiz Med Wochenschr.* 1999; 129: 276-284

Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen

| Standardelement | Bewertungskriterien |
|--|--|
| 1. Das Spital führt eine Erhebung von Patientenurteilen durch. | <ul style="list-style-type: none"> – Eine Beschreibung der Ausgangssituation („Wozu benötigt das Spital das Urteil seiner Patientinnen und Patienten?“) liegt vor. – Eine Erhebung wurde durchgeführt. – Die Auswertungen wurden den Mitarbeitenden im Spital in geeigneter Form bekannt gemacht. – Die Anonymität der Antwortenden wurde gewährleistet. – Alle für das Spital 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 Spital betreffen. | <ul style="list-style-type: none"> – Elemente ärztlichen und pflegerischen Handelns stehen im Zentrum. – Eine Koordination mit den Informationsbedürfnissen der Projektgruppen anderer Standards ist gewährleistet. |
| 3. Das Spital macht klar, wie die mittelfristige Strategie zum Gegenstand „Befragung von Patienten“ angelegt ist. | <ul style="list-style-type: none"> – Die Methode der Befragung der Patienten wurde evaluiert. – Die Höhe der Rücklaufquote wurde thematisiert. Falls notwendig, wurden Überlegungen zur Verbesserung der Rücklaufquote angestellt. – Aufwand-/Nutzen-Überlegungen wurden angestellt. – Eine mittelfristige Strategie (ca. 24 Monate) zum Gegenstand „Befragung von Patienten“ ist vorhanden. |
| 4. Die Erhebung ist so konzeptualisiert, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Bedeutung von Patientenurteilen nachvollziehen können | <ul style="list-style-type: none"> – Die Ergebnisse der Erhebungen wurden dazu verwendet, Verbesserungsmassnahmen zu konzipieren. – Massnahmen wurden umgesetzt. |

Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Patientinnen und Patienten können eine wichtige Rolle in der Definition des SOLL spielen, wenn sie die Werte klarmachen, welche sie möglichen unterschiedlichen Resultaten von Therapien beimessen (als klassisch gilt hier die Involvierung von Patienten bei der Indikationsstellung zur Prostatektomie). In einigen Jahren werden auch bei uns eigentliche shared decision-making Programme für ausgewählte Eingriffe vorhanden sein.

Eine der wenigen anderen Tendenzmeldungen besteht darin, dass Patientinnen und Patienten, welche sich gut betreut **fühlen**, in der poststationären Phase Anweisungen eher einhalten. Eventuell dürfte bei diesen Patientinnen und Patienten sogar ein positiver Effekt auf den Heilungsprozess resultieren.

Zweifellos können Resultate aus Erhebungen über die Patientenzufriedenheit auch im Bereich des Marketing für ein Spital verwendet werden. Allerdings hat dies der Gesetzgeber sicher nicht primär beabsichtigt. Vielmehr will er Patientenzufriedenheit als integralen Bestandteil der Qualitätssicherung verstanden haben. Wir sehen in dieser Dimension das (nicht einzuholende) Ideal von mündigen Patientinnen und Patienten.

Als Nachtrag zur Marketingdimension noch dies: Wir besitzen aktuell keinen Massstab, um einzelne Werte zu beurteilen. Was heisst also z.B. als Resultat "95% aller Auskunftspersonen haben die Informationen, welche ihnen der behandelnde Arzt gab, als ausreichend empfunden"?

Das Krankenversicherungsgesetz als Ausgangspunkt

Im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) ist von dem hier interessierenden Aspekt nicht die Rede. Dagegen findet sich in der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 auf den Seiten 37 und 100 der Begriff "**Zufriedenheit von Patienten**" - auf Seite 37 ist er sogar indirekt mit der Kostendämpfung verbunden:

"Qualitätssicherung trägt zur Kostendämpfung bei, indem sie Ressourcen von den Tätigkeiten abzieht, die unnötig, unwirksam und unzweckmässig sind. Der Begriff der Qualität wird weit gefasst, damit die drei Elemente, Behandlungsergebnisse, Angemessenheit der Leistung und Zufriedenheit des Patienten, von der Qualitätskontrolle erfasst werden können".

Diese wenig kenntnisreiche Argumentation ist so nicht zu akzeptieren. Vielmehr müssen zwei unterschiedliche Dimensionen zum Gegenstand herausgearbeitet werden: **Patientenzufriedenheit** und die **Wahrnehmung von Qualität durch Patientinnen und Patienten** (resp. Perzeption von nicht befriedigender Qualität). Diese zwei Dimensionen decken sich nur zum Teil.

Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten kann definiert werden als ein Bündel individueller, auf Erwartungen bezogener Urteile von Aspekten der Leistungserbringung. Wichtig sind also Erwartungen von Patientinnen und Patienten (Erwartungen bilden das SOLL), welche in Relation gesetzt werden zum Erfahrenen (IST).

Die Einschätzung der Qualität ärztlichen und pflegerischen Handelns aus Patientenperspektive ist in dem Sinne etwas wesentlich anderes, als oft nicht die Erwartungen das SOLL im aktuellen Handeln bestimmen können. Dieses SOLL wird im Gegenteil meistens durch das "Schulwissen" (hier als State of the Art verstanden) bestimmt. Den meisten Patientinnen und Patienten

fehlt aber der Zugang zu diesem SOLL - gewisse Ausnahmen scheinen sich am ehesten bei Chronischkranken zu finden.

Trotzdem muss aber in der Zukunft unter Qualitätsgesichtspunkten gerade die Dimension der Patientenbeurteilung weiterentwickelt werden. Wenn "Patienten als Partner" nicht zu einem Euphemismus verkommen soll, dann sind die Patientinnen und Patienten zu befähigen, das SOLL nachzuvollziehen. In einem nächsten Schritt müssten sie ihre eigenen Präferenzen in die Entscheidungsfindung einbringen können. Es versteht sich von selbst, dass dieser Ansatz zum Ideal der Mitbestimmung lange nicht immer gegeben ist.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Der Begriff „Erhebung“ wurde gewählt, weil es nicht nur um Fragebogen geht. Es besteht z.B. auch die Möglichkeit, mit Focus-Gruppen zu arbeiten. (Bei einer Focus-Gruppe handelt es sich eine Gruppe, welche sechs bis acht Teilnehmerinnen und Teilnehmer umfasst, plus den Diskussionsleiter und jemanden, der das Protokoll führt. Die Personen, welche um Mitarbeit in dieser Gruppe gebeten werden, treffen sich zwei- oder dreimal im Abstand von zwei Wochen. Die jeweiligen Diskussionen sollen 90-120 Minuten dauern. "Focus" steht dafür, dass im Mittelpunkt der Diskussion unabdingbar die vom Spital gewählten Gegenstände stehen müssen.)

Zu 2

Wenn verlangt wird, dass ärztliches und/oder pflegerisches Handeln im Zentrum zu stehen habe, so bedeutet dies nicht, dass nicht zusätzliche Elemente aus dem Spitalgeschehen eingeschlossen werden können. Dagegen ist unabdingbar, dass ärztliches und pflegerisches Handeln (oder eben nur eine der beiden Dimensionen) im Zentrum stehen.

Zu 3

Das Spital bestimmt das Objekt der Befragung und das Vorgehen selber. Die Peers werden sich im Audit danach erkundigen, weshalb so und nicht anders mit Bezug auf Objekte und Vorgehen entschieden worden ist. Es sollte also eine mittelfristige Strategie erkennbar werden.

Zu 4

Patientenurteile können selbstverständlich nicht der einzig gültige Massstab für die Leistungsqualität bilden. Ebenso wichtig sind die Dimensionen des „State of the Art“ und der Wirtschaftlichkeit. Dennoch hat Leistungsqualität viel mit der bewussten Orientierung von Behandlung und Betreuung an den Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen der Patientinnen zu tun.

Dass Mitarbeitende die Bedeutung von Patientenurteilen nachvollziehen können, kann sich unter anderem darin zeigen, dass Ergebnisse von Erhebungen, welche die eigenen Leistungen betreffen, bekannt sind. Die Peers werden sich also beispielsweise danach erkundigen, ob Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wissen, wie Patientinnen und Patienten ihre Leistungen beurteilt haben.

Entscheidend für die Erfüllung dieses Standardelements werden zudem Nachweise dafür sein, dass die Ergebnisse von Erhebungen dazu verwendet wurden, Verbesserungsmaßnahmen zu konzipieren und umzusetzen.

Literatur

- **AHARONY L. und STRASSER St. (1993):** Patient Satisfaction: What we know about and what we still need to explore, in Medical Care Review, vol. 50, 1993, S. 49-79.
- **CAREY R.G. und SEIBERT J.H. (1993):** A Patient Survey System to Measure Quality Improvement: Questionnaire Reliability and Validity, in Medical Care, vol. 31, 1993, S. 834-845.
- **EHNFORS M. und SMEDBY B. (1993):** Patient Satisfaction Surveys Subsequent to Hospital Care: Problems of Sampling, Non-response and Other Losses, in Quality Assurance in Health Care, vol. 5, 1993, S. 19-32.
- **DRAPER Mary, COHEN Phil, and BUCHAN Heather (2001):** Seeking consumer views: what use are results of hospital patient satisfaction surveys? International Journal for Quality in Health Care Volume 13, Number 6, 2001, p. 463 -. 468
- **FITZPATRICK R. und HOPKINS A., Hrsg. (1993):** Measurement of patients' satisfaction with their care, Royal College of Physicians, London 1993.
- **HOPP Frank (2000):** Qualitätscontrolling im Krankenhaus. Die Gewinnung von Qualitätsindikatoren durch Befragungen zur Patientenzufriedenheit. 267 Seiten. Diss Universität Trier; Schriften zur Gesundheitsökonomie. Bayreuth 2000 ISBN 3-931319-69-5
- **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Hrsg. (1995):** Understanding the Patient's Perspective: A Tool for Improving Performance, Oakbrook Terrace, IL 1995.
- **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Hrsg. (1996):** The new phase of patient feedback: Using the data for improvement, ganzes Heft No. 5, The Joint Commission Journal on Quality Improvement, vol. 22, May 1996.
- **KEAN Susanne (2000):** Focus Group Interviews: Ein qualitativer Forschungsansatz in der Pflege. Pflege 2000;13:145-151
- **LUDWIG-BEYMER P. et al. (1993):** Using patient perceptions to improve quality care, in Journal of Nursing Care Quality, vol. 7 (H. 2), 1993, S. 42-51.
- **KIRCHHOFF Sabine, KUHN Sonja, LIPP Peter u. a. (2000):** Machen wir doch einen Fragebogen. Lehrtexte Soziologie. Leske&Budrich, 109 Seiten ISBN 3-8100-2826-6
- **ØVRETVEIT J. (1996):** Informed choice? Health service quality and outcome information for patients, in Health Policy, vol. 37, 1996, S. 75-90.
- **RUPRECHT Thomas M., Hrsg. (1998):** Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Asgard Verlag Sankt Augustin ISBN 3-537-25012-6
- **THOMAS L.H. und BOND S. (1996):** Measuring patients' satisfaction with nursing: 1990-1994, in Journal of Advanced Nursing, vol. 23, 1996, S. 747-756.
- **SORLIE Tore, SEXTON Harold C., BUSUND Rolf, SORLIE Dag (2000):** Predictors of satisfaction with surgical treatment. International Journal for Quality in Health Care Volume 12, Number 1, February 2000, p. 31 - 401
- **van CAMPEN C. et al. (1995):** Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments, in Medical Care Research and Review, vol. 52, 1995, S. 109-133.
- **WÜTHRICH-SCHNEIDER Esther (1998):** Qualitätsmanagement in Spitälern. Ein Modell zur Evaluation von Patientenzufriedenheit. Diss. Universität St. Gallen. Bamberg 1998, 221 Seiten
- **YOUNG et al. W.B. (1996):** How Wide Is the Gap in Defining Quality Care?, in Journal of Nursing Administration, vol. 26, 1996, S. 15-20.
- **ZIMMERMANN Emil (2000):** Kulturelle Missverständnisse in der Medizin: ausländische Patienten besser versorgen. Bern, Göttingen etc. Huber Verlag, 160 S.

Standard 3: Beurteilung der Angemessenheit von Aufenthaltsdauern

| Standardelement | Bewertungskriterien |
|--|---|
| 1. Es existieren Regeln für die periodische Überprüfung der Aufenthaltsdauern von Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Abteilungen/Kliniken. | <ul style="list-style-type: none"> – Regeln für die periodische Überprüfung der Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten sind vorhanden und von der Spitalleitung genehmigt. – 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 Spitals unterzogen. | <ul style="list-style-type: none"> – 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 Spitalleitung entwickelt eine Strategie zur Optimierung von Aufenthaltsdauern. | <ul style="list-style-type: none"> – Eine mittelfristige Strategie zur Optimierung von Aufenthaltsdauern ist vorhanden. – Massnahmen wurden umgesetzt und evaluiert. – Die Ergebnisse sind spitalintern bekannt gemacht worden. – Die wichtigsten Partner im Behandlungsnetz (Zuweiser, Nachbehandler, Spitex, Heime) kennen die Strategie. – Versicherer sind orientiert, ev. in das Projekt einbezogen. |

Standard 3: Beurteilung der Angemessenheit von Aufenthaltsdauern

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) setzt eine Verbindung zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit. Mit der Beurteilung der Angemessenheit von Aufenthaltsdauern kann diesem geforderten Bezug Rechnung getragen werden.

Art. 49 Abs. 3 KVG hält fest, der Spitaltarif gelte, "solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf". Wie "nach medizinischer Indikation" zu deuten ist, muss vereinbart werden. Mit anderen Worten: die Beurteilung der Angemessenheit einer medizinischen Intervention bzw. einer stationären Betreuung bedarf allgemein akzeptierter Empfehlungen im Sinne eines SOLL. Es sind also fachlich und politisch abgestützte Vorstellungen über die Indikationsqualität (d. h. über die Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Behandlung) notwendig. Mit Sicherheit sind dabei oft soziale Dimensionen zu berücksichtigen.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Wir empfehlen Ihnen das modifizierte Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) als mögliches Instrument, um den hauptsächlichsten Grund für den Spitalaufenthalt am Beurteilungstag festzuhalten. Es steht Ihnen aber selbstverständlich frei, einen eigenen Beurteilungsbogen zu entwickeln.

Das AEP wurde 1981 erstmals veröffentlicht und ist seither schon bei der Beurteilung der Aufenthaltsdauern von sicher mehr als einer Million Patientinnen und Patienten eingesetzt worden.

Das modifizierte AEP wurde im November 1993 bei der "Integralen Überprüfung des stationären und ambulanten Akut- und Langzeitbereichs und Ausrichtung des Angebots auf neue Gegebenheiten" in allen Bezirks- und Regionalspitalern des Kantons Bern eingesetzt. Dabei resultierten keine inhaltlichen Beanstandungen. In den Jahren 1992 und 1993 kam das AEP auch in Spitalern des Kantons Waadt zur Anwendung.

Sie haben zu bestimmen, wie oft Ihre Erhebung durchgeführt wird und wer für die Durchführung verantwortlich ist. Unsere Empfehlung lautet, dass das AEP zu Beginn verhältnismässig häufig, zum Beispiel alle 20 Tage, eingesetzt wird, bis eine systematische Übersicht gewonnen wurde.

Wir empfehlen zudem, pro Abteilung/Klinik einen Oberarzt/eine Oberärztin oder die jeweilige Stationsleiterin oder den Stationsleiter mit der Erhebung zu beauftragen.

Zu 2

Das von Ihnen verwendete Beurteilungsinstrument, resp. das modifizierte AEP, muss mindestens einmal jährlich einer kritischen Prüfung durch die oberste Entscheidungsinstanz des Spitals unterzogen werden. Dies bedeutet, dass alle jene, welche damit arbeiten, das Instrument beurteilen müssen und die Entscheidungsinstanz diese Urteile dann gewichtet und allfällige Konse-

quenzen zieht. Es geht zudem um die Frage der Reliabilität (Zuverlässigkeit), also darum, ob alle gleich beurteilen.

Zu 3

Die Spitalleitung zieht Schlüsse aus den periodisch gewonnenen Informationen. Dazu können (aber müssen nicht unabdingbar) Veränderungen im Betrieb, den Abläufen (Prozess-optimierungen) oder bei Elementen der Umgebung (Zuweiser, Spitex-Dienste, Rehabilitation, Langzeitpflege-Einrichtungen etc.) gehören. Wenn diese Momente zusammengestellt und gegeneinander abgewogen werden, dann resultiert die vom Standardelement 3 geforderte Strategie.

Literatur

- **GERTMAN P. M., RESTUCCIA J. D. (1981):** The Appropriateness Evaluation Protocol: A Technique for Assessing Unnecessary Days of Hospital Care, in Medical Care, vol. 19, 1981, S. 855-871.
- **MOZES B. et al. (1991):** Factors Affecting Inappropriate Hospital Stay, in Quality Assurance in Health Care, vol. 3, 1991, S. 211-217.
- **PANIS L.J., GOOSKENS M., VERHEGGEN F.W., POP P., PRINS M.H. (2003):** Predictors of inappropriate hospital stay: a clinical case study. International Journal for Quality in Health Care Volume 15, Number 1, 2003, p. 57 - 65
- **PAYNE S.M.C. et al. (1991):** Using Utilization Review Information to Improve Hospital Efficiency, in Hospital & Health Services Administration, vol. 36, 1991, S. 473-490.
- **SANGHA O., SCHNEEWEISS S., WILDNER M., COOK E.F., BRENNAN T. A., WITTE J. (2002):** Metric properties of the appropriateness evaluation protocol predictors of inappropriate hospital use in Germany: an approach using longitudinal patient data. International Journal for Quality in Health Care Volume 14, Number 6, 2001, p. 483 - 492
- **SCHILLING Julian (2003):** Qualitätssicherung: Angemessenheit und Ergebnisse. Ars Medici 4/2003, S. 162 - 165

Standard 5: Schmerzbehandlung

| Standardelement | Bewertungskriterien |
|---|---|
| 1. Die Einrichtung verfügt über ein Konzept und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zur Behandlung von Schmerzen. | <ul style="list-style-type: none"> – Ein Konzept und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zur Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen sind vorhanden. – Kompetenzen und Zuständigkeiten der Mitarbeitenden sind geregelt und bekannt. – Für einzelne Patientengruppen sind angepasste Handlungsanweisungen verfügbar. – Das Konzept ist von der obersten operativen Entscheidungsinstanz der Einrichtung sowie von den Kadem der involvierten Fachdisziplinen und Berufsgruppen genehmigt. |
| 2. Diese Handlungsanweisungen werden im gesamten Geltungsbereich implementiert. Ihre Umsetzung wird periodisch geschult. | <ul style="list-style-type: none"> – Ein Schmerzdienst funktioniert während 24 Stunden. – Die Schmerzerfassung und die Dokumentation sind gewährleistet. – Auskunftspersonen kennen das Konzept und die Handlungsanweisungen. – Beleg-, Konsiliar- und Hausärzte sind über die Schmerzkonzepte orientiert. |
| 3. Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen werden über die Schmerzbehandlung informiert und dafür sensibilisiert. Die Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten ist gewährleistet. | <ul style="list-style-type: none"> – Informationsmittel sind vorhanden. – Die Schnittstellen Spital/zu Hause sind definiert. – Aufzeichnungen über allfällige mit den Patientinnen und Patienten getroffene Vereinbarungen über die Schmerzbehandlung sind dokumentiert. |
| 4. Die Umsetzung des Schmerzkonzepts sowie die Wirksamkeit und Angemessenheit der Handlungsanweisungen werden periodisch überprüft. Die Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen mit der Schmerzbehandlung wird periodisch evaluiert. | <ul style="list-style-type: none"> – Die richtige und vollständige Umsetzung und Anwendung der Handlungsanweisungen wird überprüft. – Urteile von Mitarbeitenden werden erhoben. – Kennzahlen zur Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten oder Angehörigen mit der Schmerzbehandlung sind vorhanden. – Nachweise über durchgeführte Evaluationen sind vorhanden. |
| 5. Die Ergebnisse der periodischen Evaluationen sowie ausgewählte Kennzahlen werden spitalintern regelmässig bekannt gemacht. Falls nötig, werden das Schmerzkonzept sowie die daraus abgeleiteten Handlungsanweisungen angepasst. | <ul style="list-style-type: none"> – Auskunftspersonen wissen über die Ergebnisse der Evaluationen Bescheid. – Allfällige Revisionen sind dokumentiert und umgesetzt. |

Standard 5: Schmerzbehandlung

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Der Schmerz ist Symptom und Warnsignal. Er muss so rasch wie möglich und angemessen gelindert werden. Dies gilt sowohl für akute als auch für chronische Schmerzen.

Wie bei jedem anderen Standard bestimmt die Einrichtung selber, wie breit, wie tief und wie rasch sie diesen Standard umsetzen will. Es ist also möglich, in einer ersten Phase, ein Grundkonzept für akute und chronische Schmerzen (abhängig vom Gültigkeitsbereich dieses Standards) auszuarbeiten. Eine solche Etappierung ist im Detail mit sanaCERT abzusprechen.

Beispiele von Kennzahlen zum Standard 5

- Anteil gemäss Schmerzkonzept korrekt geführter Patientendokumentationen an der Gesamtzahl der überprüften Patientendokumentationen in einem bestimmten Zeitraum
- Häufigkeit von Interventionen wegen Durchbruchschmerzen
- Anzahl Re-Hospitalisierungen innert 7 Tagen wegen Schmerzproblematik
- Anzahl multiprofessioneller/interdisziplinärer Fallbesprechungen pro Zeiteinheit
- Verbrauch der im Schmerzkonzept vorgesehenen Medikamente
- Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen mit der Schmerzbehandlung
- Durchgeführte Fortbildungen (Anzahl Fortbildungstage zur Gesamtzahl der Beschäftigungstage; Anzahl der NutzniesserInnen von Fortbildungsveranstaltungen zur Gesamtzahl der Fortzubildenden)
- Anteil richtige Antworten auf Fragen zum Basiswissen an der Gesamtzahl der Antworten
- Anteil der in Übereinstimmung mit dem geltenden Schmerzkonzept der Einrichtung verordneten Schmerztherapien zur Gesamtzahl der überprüften Verordnungen

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Ein formell genehmigtes Schmerzbehandlungskonzept ist vorhanden.

Die Behandlungsstrategie für Tumorschmerzen wurde von der Weltgesundheitsorganisation WHO bereits vor 20 Jahren erstmals publiziert und ist bis heute nicht grundsätzlich bestritten.

Die Grundelemente haben sich inzwischen auch bei Schmerzen anderen Ursprungs bewährt:

- (a) *by the ladder*, WHO Analgetika-Stufenplan ¹;
- (b) *by the clock*, kontinuierliche, regelmässige Gabe von Analgetika;
- (c) *by the mouth*, Analgetika wenn möglich immer oral verabreichen; und
- (d) *by the individual*, individuelle Anpassungen sind möglich und nötig.

¹ siehe: www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/

Der Schlüssel zur erfolgreichen Linderung von Schmerzen liegt darin, die verfügbaren Optionen individuell und optimal auf den Patienten anzuwenden. Die Patientinnen und Patienten unterscheiden sich nicht nur in Bezug auf Diagnose und Krankheitsverlauf, sie reagieren auf Grund ihrer momentanen Krankheitssituation und ihrer individuellen Lebensgeschichte auch unterschiedlich auf Schmerzen und therapeutische oder pflegerische Massnahmen. Vor diesem Hintergrund unerlässlich sind Handlungsanweisungen, welche an einzelne Patientengruppen (zum Beispiel Neugeborene, Kleinkinder, Menschen aus anderen Kulturkreisen, ältere Menschen, kommunikativ beeinträchtigte Menschen) angepasst sind.

In Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells ist die Klärung der am Schmerz beteiligten Faktoren und Auswirkungen sehr wichtig. In der Fachliteratur wird auf die multidimensionale Erfassung und Behandlung von Schmerzen hingewiesen. Gerade bei fortgeschrittenen Leiden oder chronischen Krankheiten kann sich durch die Kombination verschiedener Dimensionen eine eigenständige Schmerzkrankheit entwickeln. Cicely SAUNDERS² hat dazu den Begriff „total pain“ geprägt.

Zu 2

Die Einrichtung schlägt eine Definition des Gültigkeitsbereiches des Standards 5 vor. Dieser Gültigkeitsbereich kann je nach Entwicklungsstand der Arbeiten restriktiv oder umfassend sein. Der Gültigkeitsbereich kann im Lauf der Zeit auch ausgedehnt werden. In den am weitesten entwickelten Einrichtungen der stationären Akutsomatik sind heute Schmerzkonzepte umgesetzt, welche beispielsweise auch die speziellen Bedingungen des Rettungsdienstes, der Notfallstation oder der Langzeitpflege berücksichtigen.

Die Umsetzungsstrategie geht von Überlegungen zum Kreis der einzubeziehenden Mitarbeitenden aus. Die zu beantwortende Frage lautet: Wer muss was bis wann wissen? Aus der Antwort ergibt sich ein Schulungs- und Fortbildungsplan mit messbaren Zielsetzungen. Neue Mitarbeitende werden umgehend in die Schulungen miteinbezogen und sind über das Schmerzkonzept orientiert.

Die Qualität der Schmerzbehandlung kann nur sicher gestellt und kontinuierlich gefördert werden, wenn auch die Beleg-, Konsiliar- und Hausärzte mit dem Schmerzbehandlungskonzept der Einrichtung vertraut sind.

Zu 3

Eine angemessene Patienteninformation und Patientenschulung sowie die Sensibilisierung der Angehörigen für die Möglichkeiten einer guten Schmerzbehandlung sollte bei Spitaleintritt erfolgen. Die Schnittstelle Spital/ zu Hause ist im Schmerzkonzept definiert, um Wissens- und Versorgungslücken zu verhindern.

Die Mitbestimmung der Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten, insbesondere jener mit chronischen Schmerzen, ist zu gewährleisten. Allfällige mit den Patientinnen und Patienten getroffene Vereinbarungen über die Behandlung sind schriftlich festzuhalten.

Zu 4

Die Einrichtung verfügt über ein bezüglich Schmerzbehandlung fachkompetentes Kernteam. Die Mitglieder dieses Kernteams wirken als Ansprech- und Auskunftspersonen für Fragen der Schmerzbehandlung. Sie nehmen auch periodisch Kontrollen der Schmerzprotokolle bzw. der Patientendokumentationen vor. Sie kontrollieren, ob die vorgeschriebenen Symptomkontrollen

² SAUNDERS Cicely M. und BAINES Mary (1991): Leben mit dem Sterben. Betreuung und medizinische Behandlung todkrank Menschen. Huber Verlag, Bern 1991

durchgeführt wurden, ob Interventionen innerhalb der vereinbarten Fristen erfolgten, ob die Verordnungen angemessen und plausibel erfolgten, ob ein interdisziplinärer Ansatz gewählt wurde bei komplexen Situationen, ob die Dokumentationen nachvollziehbar geführt sind, etc.

Zu 5

Die Befragten und Beteiligten sollten in die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse einbezogen sowie die daraus abgeleiteten Verbesserungen mit ihnen besprochen werden.

Literatur

- **AESCHLIMANN A., BUETTNER U.W. et al. (2005):** Empfehlungen zur Opioidtherapie chronischer Schmerzen. Schweiz Med Forum 2005, Teil 1 p. 1076 - 1082; Teil 2 p. 1107 - 1113
- **CIGNACCO Eva (2001):** Erste Validierung des "Berner Schmerzscore für Neugeborene" (BSN). Universität Maastrich, WE'G Aarau, 2001.
- **GEHLING M, Tryba M (2001):** Unterschiede zwischen akutem und chronischem Schmerz. In: Zenz M, Jurna I, Hrsg. Lehrbuch der Schmerztherapie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; p. 565–76.
- **HICKS CL et al. (2001):** The faces pain scale – revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain 2001; 93: 173-183.
- **KUNZ Roland (2002):** Schmerzerfassung bei Patienten mit Demenzerkrankungen. Geriatrie J 2002; 6: 14-21.
- **Krebsliga Schweiz, Hrsg. (2004):** Gemeinsam gegen Schmerzen. Grundsätze der Schmerztherapie bei Krebs. Therapeutische Richtlinien für Fachpersonen. 83 Seiten.
- **LINIGER P, RIDOLFI LÜTHI A et al. (2002):** Akute Schmerzen im Kindesalter. Erfassung, Therapie und Prävention. Schweiz Med Forum 2002;2:400–6.
- **MARGULIES Anita, KRONER Thomas, FELLINGER Kathrin, GAISSER Andrea, eds. (2005 ³):** Onkologische Krankenpflege. Springer. Dritte Auflage 2005, 763 Seiten, ISBN 3-540-20376-1
- **TURK Dennis C. (ed.), MELZACK Ronald (2001²):** Handbook of Pain Assessment, Second Edition 798 Seiten. Guilford Publications, 2001) ISBN-10: 157230488X
- **World Health Organization (1996):** Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability. Geneva 1996

Standard 6: Abklärung und Behandlung von Diabetes mellitus

| Standardelement | Bewertungskriterien |
|---|---|
| 1. Das Spital verfügt über ein Konzept zur Abklärung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus. | <ul style="list-style-type: none"> – Ein Konzept zur Abklärung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus liegt vor. – Das Konzept ist im Spital bekannt. – 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Das Konzept wird auch in nicht-internistischen Abteilungen umgesetzt. – Aus- und Weiterbildungen der Mitarbeitenden nicht-internistischer Abteilungen wurden durchgeführt. Nachweise liegen vor. – Die Überprüfung der Umsetzung wurde vorgenommen. |
| 3. Die Erfassung der Konsequenzen aus dem Konzept ist gewährleistet. | <ul style="list-style-type: none"> – Ergebniskriterien sind definiert. – Messergebnisse wurden analysiert und kommuniziert. – Hausärzte und andere nachbetreuende Partner (Spitex etc.) wurden einbezogen. |

Standard 6: Abklärung und Behandlung Diabetes mellitus

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

In der Literatur zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung im Feld der Inneren Medizin sind Beiträge zum Management von Diabetes mellitus überdurchschnittlich oft anzutreffen. Dies dürfte unter anderem auf folgende Faktoren zurückzuführen sein:

- Die Krankheit hat eine weite Verbreitung.
- In der Fachliteratur ist man sich darüber einig, dass für Diabetikerinnen und Diabetiker überdurchschnittlich hohe Kosten (ambulant und stationär) resultieren.
- Die Interessenvertretung (z.B. Schweizerische Diabetes-Gesellschaft) ist stark und die Verbindung zur Ärzteschaft etabliert.

Für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung ist attraktiv, dass öfters verschiedene Berufsgruppen zusammenarbeiten müssen, und dass Einflussfaktoren, welche nicht in den Kernbereich der Inneren Medizin fallen (Schulung, Training und Motivation), gewichtig sein können.

Die Auseinandersetzungen darüber, welche Stärken den (Sub-)Spezialisten und welche den Allgemeininternisten zukommen, sind auch im hier interessierenden Feld anzutreffen. Und weil mit Diabetes mellitus ein häufig zitierter Fall für "Managed Care" (und neu auch für Disease Management) gegeben scheint, ist die Thematik für Studien attraktiv.

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus sind häufiger bei den niedergelassenen Ärzten als im Spital anzutreffen. Diese Krankheit wurde als Standardthema gewählt, weil sie einen guten Einstieg in die Beurteilung von Qualitätssicherung und Qualitätsförderung in der Inneren Medizin bietet, wo es bekannterweise erheblich schwieriger ist als in den chirurgischen Fächern, klar abgegrenzte Objekte für die Qualitätsbeurteilung zu finden.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Unter "Konzept" wird das verstanden, was ein Spital als Handlungsanleitung aufarbeitet, d.h. was ein Spital für die adäquate Abklärung und Einstellung von Diabetikerinnen und Diabetikern Typ I und Typ II von allen Beteiligten verlangt.

Zu 2

Die aus dem gesundheitspolitischen Druck resultierenden Verkürzungen der Aufenthaltsdauern können dazu führen, dass z.B. gynäkologische Patientinnen und chirurgische Patientinnen und Patienten nicht die wünschenswerte Abklärung, Behandlung und Schulung mit Bezug auf Diabetes erfahren. Aus qualitätsorientierten Überlegungen ist Gegenaktion angezeigt.

Zu 3

Dieses Element betrifft ein quasi generelles Moment der Qualitätssicherung: Die Konsequenzen von Veränderungen sind zu evaluieren, weil nur so Gewissheit über deren Auswirkungen zu gewinnen ist.

Literatur

- **ABPLANALP E., HIRSBRUNNER P., SCHNEIDER M.T., WYTENBACH K., BÜRGI U., DIEM P. (2000):** Pflegestandard: Beratung und Begleitung des Patienten mit Diabetes mellitus. Iselspital Bern, Endokrinologie und Diabetologie, Diabetesfachschwestern. 24. Oktober 2000, 22 Seiten
- **AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (1997):** Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus, in Diabetes Care, vol. 20, Supplement 1, 1997, S. 5-S. 13
- **BARUCCHELLO Mario, GOTTARDI Giobatta, VALENTE Michele (1996):** Focus Group e diabete in medicina generale. In: Quality Assurance Vol. 7, No 1, Marzo 1996, p. 35 - 39
- **FANKHAUSER S, NANZER T., VONESCH H.-J., WEGMANN D., Arbeitsgruppe der Chefärztevereinigung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (2002):** Empfehlungen für die strukturierte Diabetikerschulung in Spitälern. Schweizerische Ärztezeitung 2002; 83: Nr. 35, S. 1824 - 1828
- **FÄRNKVIST Lisbeth M., LUNDMAN Berit M. (2003):** Outcomes of diabetes care: a population-based study. International Journal for Quality in Health Care 2003: Volume 15, No. 4, pp. 301 - 307
- **GÖTZ Stefan Georg (1996):** Qualitätssicherung der Diabetes-Schulung. Einfluss der Diabetes-Schulung auf Stoffwechselführung und Lebensqualität. 107 Seiten. Tübingen, Diss. Universität Tübingen
- **GREENFIELD S. et al. (1995):** Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study, in JAMA, vol. 274, 1995, S. 1436-1444
- **HO M. et al. (1997):** Is the Quality of Diabetes Care Better in a Diabetes Clinic or in a General Medicine Clinic?, in Diabetes Care, vol. 20, 1997, S. 472-475
- **LAWLER F.A. und VIVIANI N. (1997):** Patient and Physician Perspectives Regarding Treatment of Diabetes: Compliance with Practice Guidelines, in The Journal of Family Practice, vol. 44, 1997, S. 369-373
- **LIESENFELD B. et al. (1996):** Quality of Documentation in Medical Reports of Diabetic Patients, in International Journal for Quality in Health Care, vol. 8, 1996, S. 537-542
- **LORENZ R.A. et al. (1996):** Changing Behavior. Practical lessons from the Diabetes Control and Complications Trial, in Diabetes Care, vol. 19, 1996, S. 648-652
- **LUZ Kai Boris Johannes (1996):** Qualitätssicherung in der Diabetiker-Schulung. Einfluss der Diabetes-Schulung auf Wissensstand, Lebensqualität und Motivation bei Typ-II-Diabetikern. Diss. Universität Tübingen, 137 Seiten
- **PETERS A.L. et. al. (1996):** Quality of outpatient care provided to diabetic patients. A health maintenance organization experience, in Diabetes Care, vol. 19, 1996, S. 601-606
- **ROMAN S.H. et al. (1995):** An Inpatient Diabetes QI Program, in The Joint Commission Journal on Quality Improvement, vol. 21, 1995, S. 693-699
- **United States General Accounting Office GAO, MEDICARE (1997):** Most Beneficiaries With Diabetes Do Not Receive Recommended Monitoring Services, GAO/HEHS-97-48, Washington, D.C. 1997
- **WORRALL G. et al. (1997):** Care of Patients with Type II Diabetes: A Study of Family Physicians' Compliance with Clinical Practice Guidelines, in The Journal of Family Practice, vol. 44, 1997, S. 374-381.

Standard 7: Chirurgie

| Standardelement | Bewertungskriterien |
|--|---|
| 1. Abklärung und Behandlung orientieren sich an Guidelines oder, wo solche fehlen, an klinikinternen Handlungsrichtlinien. | <ul style="list-style-type: none"> – Mindestens zu einer bestimmten Diagnose ist eine Guideline bzw. Handlungsrichtlinie als verbindlich erklärt worden. – 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Zu mindestens einem Thema ist mindestens ein Pflegestandard bzw. eine Handlungsrichtlinie als verbindlich erklärt worden. – 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Eine Ausbildung von Teammitgliedern in der Führung von Informationsgesprächen findet regelmässig statt. – Es sind standardisierte Anleitungen zur Aufklärung für ausgewählte häufige Eingriffe verfügbar. – 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Eine Checkliste ist vorhanden. – 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. – Die Verantwortungen für die Durchführung und Dokumentation der einzelnen Überprüfungsschritte sind eindeutig und schriftlich zugeordnet. – Die Checkliste wird periodisch im Team evaluiert. |
| 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Protokolle der Besprechungen liegen vor. |
| 6. Die Chirurgische Klinik führt ein Monitoring ausgewählter Indikatoren für die Leistungsqualität durch. | <ul style="list-style-type: none"> – Messwerte für mindestens zwei Indikatoren über mindestens 12 Monate sind vorhanden, wurden interpretiert und im Team besprochen. |

Standard 7: Chirurgie

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Worin könnte die Qualitätssicherung in der Chirurgie bestehen? Auf diese Frage hat die VQG 1997 mit dem Standard 7 eine vorläufige Antwort zu erteilen versucht. Der Standard 7 schlug damals für die Chirurgie zwei Elemente der Qualitätssicherung vor:

- 1) die systematische Beurteilung von präoperativ und postoperativ gestellten Diagnosen zu ausgewählten Operationen;
- 2) die Erfassung und Beurteilung von intraoperativen und postoperativen Komplikationen, welche einer ärztlichen Intervention bedurften.

Seither haben in der Schweiz rund 25 chirurgische Kliniken und Departemente ihre Qualitätssicherung an diesem Standard orientiert und ihre Erfahrungen damit bilanziert. Diese Bilanz sieht für das zweite Standardelement (Erfassung und Beurteilung von intraoperativen und postoperativen Komplikationen) bisher mehrheitlich positiv aus.

Hingegen bekundeten viele Klinikteams zunehmend Mühe mit der Umsetzung des ersten Standardelements (Beurteilung von präoperativ und postoperativ gestellten Diagnosen). Die Hauptstossrichtung der Kritiken an diesem Standardelement lautete, dass die Analyse von präoperativ und postoperativ gestellten Diagnosen, wie es z. B. bei Appendicitis acuta oder der Diagnose "Knieschmerz" möglich wäre, in Anbetracht der heutigen diagnostischen Möglichkeiten weitgehend sinnlos geworden ist. Vor dem Zeitalter der Arthroskopie und des MRI wurde beispielsweise die Verdachtsdiagnose einer Meniskusklaision gestellt. Bei der Operation konnte dann verifiziert werden, ob die Diagnose korrekt war. Heute wird bei unklaren Knieschmerzen eine diagnostische Arthroskopie oder eine MRI-Abklärung vorgenommen. Im weiteren ist bei unklaren Knieschmerzen eine diagnostische Arthroskopie eine Standarduntersuchung geworden, bei der gleichzeitig therapeutische Massnahmen möglich sind. Zur Operationsindikation der Appendektomie bei Verdacht auf Appendicitis entspricht es heute der weltweit gültigen Lehrmeinung, die Operationsindikation zu stellen. Falls sich herausstellt, dass die Appendix bland ist, ist dies in keiner Weise ehrenrührig. Fehlende Qualität könnte man höchstens dann postulieren und untersuchen, wenn eine Appendicitis verpasst wird. Seit der Ära der Laparoskopie hat sich in den letzten 10 Jahren zudem ein tief greifender Wandel in der Operationsindikation vollzogen. Auf der einen Seite sind die bildgebenden Verfahren (Ultraschall, Spiral CT) in den letzten Jahren deutlich aussagekräftiger geworden. Falls weiterhin unklare Bauchbeschwerden bestehen, wird die Indikation zur diagnostischen Laparoskopie gestellt. Auf diese Weise ist es möglich, eine diagnostische Massnahme mit der Therapie zu kombinieren.

In den bisher an chirurgischen Kliniken durchgeführten Audits haben die Peer-Teams zudem feststellen können, dass das Niveau der Qualitätssicherung in der Chirurgie innert weniger Jahre stark angestiegen ist. Einen Standard erfüllen heisst, seine qualitätssichernden und qualitätsfördernden Massnahmen auf ein Niveau zu bringen, das der Praxis des massgebenden Teils der chirurgischen Kliniken der Schweiz entspricht. Dieses Niveau stagniert – glücklicherweise – nicht, sondern wird laufend den wissenschaftlichen Erkenntnissen, den Kundenforderungen und den Erfordernissen der täglichen Praxis angepasst.

Besonders deutlich ist diese Entwicklung bei der Arbeit mit chirurgischen Leitlinien, im Umgang mit kritischen Zwischenfällen, in der Patientenaufklärung, im Monitoring ausgewählter Indikatoren für die Prozess- und Ergebnisqualität sowie in Studien zur Evaluation neu eingeführter Methoden und Techniken (Health Technology Assessment) zu beobachten. Der revidierte Standard will diese Entwicklung berücksichtigen, indem er die wichtigsten Elemente aufnimmt.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Guidelines oder Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte und durch Konsensuskonferenzen abgestützte Aussagen, um Entscheide der Ärztin oder des Arztes und der Patientin oder des Patienten über angemessene Massnahmen der Diagnose und Behandlung in spezifischen klinischen Situationen zu unterstützen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren. Sie sollen für mehr Sicherheit in der Medizin sorgen, aber auch wirtschaftliche Aspekte berücksichtigen. Leitlinien sind für Ärztinnen und Ärzte rechtlich nicht bindend.³

Guidelines oder Leitlinien können auch Klinikintern im Kollegium erarbeitet und als verbindlich erklärt werden. Sie werden im Qualitätsförderungszyklus umgesetzt und nach einer bestimmten Zeit wieder gemeinsam im Kollegium evaluiert. Dem an kleineren Kliniken vorgebrachten Argument, die Fallzahlen seien möglicherweise zu gering, um daraus allgemein gültige Konsequenzen zu ziehen, könnte eventuell damit begegnet werden, dass zu einem bestimmten ausgewählten Thema jeweils weitere Krankengeschichten aus früheren Jahren aufbereitet werden könnten.

Klinikintern erarbeitete Guidelines bzw. Handlungsrichtlinien werden periodisch auf ihre Aktualität überprüft und, falls notwendig, revidiert. Werden Guidelines angewendet, welche von wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften ediert wurden, ist sicherzustellen, dass sich die Chirurgische Klinik oder das Chirurgische Departement über allfällige Revisionen laufend ins Bild setzt.

Zu 2

Qualitätssicherung in der Chirurgie kann sich nicht auf das ärztliche Handeln allein beschränken, sondern umfasst auch die Optimierung und Standardisierung der perioperativen Pflege. Dabei gilt es auch hier, Prioritäten zu setzen und eine bewusste Auswahl der zu vertiefenden Aspekte zu treffen. Es sollen nicht möglichst viele Standards bzw. Handlungsrichtlinien erarbeitet und umgesetzt werden, sondern die ausgewählten Themen sollen Probleme betreffen, die im Team gemeinsam als relevant und deren Problemlösung als dringend beurteilt werden.

Zu 3

Vielerorts wird bereits heute informiert. Nun soll die Information systematisiert werden. Es kann zudem sinnvoll sein, zu prüfen, wie die Information des Operators bzw. der invasiv tätigen Person mit der Information der Anästhesie oder anderer Dienste koordiniert werden kann. Vielleicht kann ein gemeinsames Protokoll allfällige Doppelspurigkeiten eliminieren und den Zeitaufwand verkürzen.

Ferner sollte geregelt werden, wie bei Patientinnen und Patienten vorgegangen wird, die des Deutschen zu wenig mächtig sind, um den Sinn und Gehalt der vermittelten Information zu verstehen („Wann muss ein Dolmetscher/eine Dolmetscherin beigezogen werden?“). Ebenso ist zu überlegen, in welchen Fällen Angehörige mit einzubeziehen sind.

Schliesslich ist zu klären, unter welchen Bedingungen ein Eingriff auch dann erfolgen kann, wenn aus nicht ersichtlichen Gründen die Information nicht schriftlich dokumentiert wurde.

³ Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH hat Regeln zur Erarbeitung von Guidelines publiziert. Siehe: EICHER E. (1999): Guidelines für Guidelines. Schweizerische Ärztezeitung 1999; 80:581-3. Zur Verbreitung von Guidelines in der Schweiz siehe OBRIST Reto (2001): Guidelines in den schweizerischen medizinischen Fachgesellschaften. Eine Bestandesaufnahme. Schweizerische Ärztezeitung 2001;82:1282-5. OBRIST ermittelte allerdings für 1999, dass operative Fachgesellschaften in der Schweiz insgesamt nur drei Guidelines publiziert hatten, nämlich je eine für die Gynäkologie, die Ophthalmologie und die Plastische Chirurgie.

In einem ersten Schritt kann klinikintern eine Liste der Eingriffe, vor welchen in einer ersten Phase informiert werden soll, zusammengestellt werden. Es empfiehlt sich in jedem Fall ein pragmatisches und schrittweises Vorgehen.

Zu 4

Die von der Weltgesundheitsorganisation WHO erarbeitete und weltweit erprobte Sicherheits-Checkliste Chirurgie stellt eine gute Grundlage dar, um ein Instrument zu entwickeln, das den individuellen Bedürfnissen und Rahmenbedingungen der eigenen Klinik bzw. des eigenen Departements angepasst ist.

Die Einführung und Umsetzung dieses neuen Instruments bedingt eine Weiterentwicklung der Sicherheitskultur an der Klinik bzw. im Departement. Es sind zudem interdisziplinäre und interprofessionelle Prozesse anzupassen. Mittels der Checkliste sind Prozesse und Handlungen neu zu strukturieren. Neue Aufgaben sind bestimmten Funktionen zuzuordnen. Dies bedingt eine Konsensfindung im interdisziplinären und interprofessionellen Team, die unter Umständen eine längere intensive Auseinandersetzung erfordert.

Patientensicherheit ist Chefsache. Die zur Patientensicherheit notwendigen Vorkehrungen und Massnahmen müssen von der ärztlichen Leitung ausdrücklich verlangt und in Auftrag gegeben werden.

Zu 5

In einem ersten Schritt wird sich das Team mit Vorteil darauf einigen, was es unter „Komplikationen“, „Zwischenfällen“, aufgetretenen „Problemen“ verstehen wird. In der Alltagspraxis wird der Begriff der Komplikation manchmal recht weit gefasst, jedenfalls weiter, als er im Standard 7 bisher vorgesehen war („Komplikation, welche einer ärztlichen Intervention bedurfte“).

In vielen chirurgischen Kliniken gehören Komplikationenkonferenzen bzw. Morbiditäts- oder Mortalitätskonferenzen bereits seit Jahren zur Routine. Diese periodische retrospektive Beurteilung im Kollegium ist ein verblüffend einfaches Instrument des gemeinsamen Lernens.

Aus der Sicht der Qualitätssicherung müssen diese Konferenzen allerdings klar strukturiert werden, indem das Kollegium bewusst auf den Konsens hin arbeitet. Zu empfehlen sind die Vorbereitung und Leitung durch einen Moderator bzw. eine Moderatorin. Damit sie zu vollwertigen Elementen des Qualitätsmanagements werden, sollten alle in den Teams vertretenen Berufsgruppen und Fächer an diesen Konferenzen aktiv beteiligt sein. Ferner sollte in einem kurzen Protokoll die wichtigsten Erkenntnisse und Beschlüsse festgehalten werden.

Zu 6

Als Messobjekte kommen beispielsweise in Frage: nosokomiale Infektionen; postoperative Wundinfektionen (z. B. bei Bypassoperationen, Hüft- und Knieendoprothesen, Appendektomie etc.); intra- und postoperativ auftretende Komplikationen; Transfusion von mehr als x Einheiten Blut bei elektiven Eingriffen; unvorhergesehene Verlängerung der Aufenthaltsdauer im Spital; perioperative Mortalität stationärer Patienten nach Mortalitätsrisiko (ASA-Schema) mit / ohne Anästhesie; ungeplante Wiederaufnahmen aus dem gleichen oder einem ähnlichen Grund innerhalb von 15 bzw. 30 Tagen nach der Entlassung; ungeplante stationäre Aufnahme nach ambulanter Behandlung (Kategorisierung: Herzkatheter, diagnostische Endoskopie, alle anderen ambulanten, d. h. tageschirurgischen Eingriffe); ungeplante neuerliche Operation während des gleichen Aufenthaltes; Patienten mit starken Schmerzen in postoperativen Situationen, in welchen starke Schmerzen üblicherweise nicht zu erwarten sind; Patientenzufriedenheit.

Literatur

- **AORN The Association of Perioperative Registered Nurses (2002):** AORN's 2001 Standards, Recommended Practices, and Guidelines. Denver, Colorado
- **BAUER Hartwig ():** Cockpit und OP-Saal: Checklisten verbessern Sicherheit. In: Berlin Medical 01.10, Seiten 8 – 11 http://www.dgch.de/attachments/050_ChecklistenOP%20Saal_Berl.Med.1.10.pdf
- **CALZONI Edoardo Massimo (2000):** Qualitätsmanagement in der Chirurgie: das Modell der Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung i der Chirurgie AQC im Spannungsfeld zwischen Politik und Versicherungen. 39 Bl., Diss med. Zürich 2000
- **HEIM Dominik, Stricker Ulrich, Negri Marco (2002):** Die interdisziplinäre Komplikationen-Konferenz – auch eine (einfache) Art der Qualitätssicherung. Swiss Surgery, S. 243-249, Band 8, 2002 Heft 6
- **MATTER P., BÜHLER M. (1995):** 35 Jahre Frakturedokumentation der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefrage (AO) Swiss Surg 1995: 57 – 60
- **MEYER Philipp (2001):** Postoperatives Outcome und postoperative Lebensqualität in der Aortenchirurgie am nicht-universitären Spital. Diss. Med. Zürich, 32 Bl.
- **RAGETH J.Ch., HÄNER C., HESS P., LAFFER U., INDERBITZI R. (1999):** Systematische wissenschaftliche Qualitätssicherung in den chirurgischen Fächern: Das Modell der AQC. Swiss Surg 1999; 5: Seiten 62 – 72
- **RICHTER M., RAGETH J. C. HÄNER C., HESS P., INDERBITZI R., LAFFER U. (1998):** Qualitätssicherung in der Chirurgie – eine Neuerfindung der letzten 10 Jahre? Basler Beiträge zur Chirurgie, Nr. 10, Basel. Schwabe 1998, Seiten121 - 131
- **SCHLUESSMANN Eric, AGHAYEV Emin, STAUB Lukas, MOULIN Patrick, ZWEIG Thomas, RÖDER Christoph (2010):** SWISSspine: The Case of a Governmentally Required HTA-Registry for Total Disc Arthroplasty. Results of Cervical Disc Protheses. Spine Vol. 35, no. 24 pp E1397-E1405
- **Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK / Schweizerische Interessengruppe des Pflegekaders im Operationssaal (2000):** Normen für die Qualität der Pflege im Operationsbereich, Bern, 80 Seiten
- **SEMEL ME, RESCH S, HAYNES AB, FUNK LM, BADER A, BERRY WR, WEISER TG, GAWANDE AA. (2010):** Adopting a surgical checklist could save money and improve the quality of care in U.S. hospitals. Health Affairs 2010;29(9):1593-9.
- **Sicherheits-Checkliste Chirurgie der WHO:** http://www.dgch.de/attachments/050_WHO_Checkliste.pdf WHO Surgical Safety Checklist: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html>

Standard 10: Informieren und Entscheiden im Behandlungsnetz

| Standardelement | Bewertungskriterien |
|---|--|
| <p>1. Zwischen dem Spital, 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> | <ul style="list-style-type: none"> – Absprachen finden statt und sind schriftlich festgehalten. – Diese Absprachen sind den Beteiligten zur Vernehmlassung unterbreitet worden. Nachweise dafür sind vorhanden – Hausärzte und Mitarbeitende im Rettungsdienst kennen die Absprachen. – Richtlinien für den Wahleintritt sind vorhanden. – Diese sind den Mitarbeitenden bekannt und werden angewendet. – Richtlinien für den Notfalleintritt sind vorhanden. – Diese sind den Mitarbeitenden bekannt und werden angewendet. – Ergebniskriterien sind definiert, werden erhoben und ausgewertet. |
| <p>2. Im Spital 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> | <ul style="list-style-type: none"> – Ein Konzept ist vorhanden. – Ausbildungen zum Thema finden statt. – Die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen ihre Kompetenzen und Zuständigkeiten. – Es sind Hilfsmittel vorhanden, um Informationen standardisiert zu übermitteln und zu dokumentieren. – Ergebniskriterien sind definiert, werden erhoben und ausgewertet. |
| <p>3. Das Spital legt fest, wer den Hausarzt und die Angehörigen über wesentliche, auch unerwartete Ereignisse informiert.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Die Abläufe zur Frage, wer den Hausarzt und die Angehörigen über wesentliche, auch unerwartete Ereignisse informiert, sind definiert. – Es ist festgelegt, was als „wesentliches Ereignis“ gilt. Eine Liste von Beispielen liegt vor. – Es sind Hilfsmittel vorhanden, um Informationen standardisiert zu übermitteln und zu dokumentieren. – Die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen ihre Kompetenzen und Zuständigkeiten. |
| <p>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.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Protokolle der Besprechungen liegen vor. – Es sind Hilfsmittel vorhanden, um Informationen standardisiert zu übermitteln und zu dokumentieren. |
| <p>5. Das Spital hat schriftlich festgelegt, welche Informationen bei Spitalaustritt wie an die nachbehandelnden Partner im Behandlungsnetz übermittelt werden.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Richtlinien zu den Informationen, die bei Spitalaustritt an die nachbehandelnden Partner im Behandlungsnetz übermittelt werden, sind vorhanden. – Es sind Hilfsmittel vorhanden, um Informationen standardisiert zu übermitteln und zu dokumentieren. – Austrittschecklisten sind vorhanden und werden verwendet. – Lieferzeiten der definitiven Arztberichte von entlassenen Patientinnen und Patienten werden erhoben und ausgewertet. – Die Zufriedenheit der Partner wird erhoben. |
| <p>6. Das Zusammenwirken im Behandlungsnetz wird periodisch evaluiert.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Mindestens eine Evaluation wurde nach 12 Monaten vorgenommen. Eine allfällig vorgenommene Revision kann belegt werden. |

Standard 10: Informieren und Entscheiden im Behandlungsnetz

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Beim Spitaleintritt

Der Patient erlebt es beim Spitaleintritt: die Behandlung seiner Krankheit oder Verletzung erfordert ein komplexes Zusammenspiel von spezialisiertem Personal und vielfältigen Diensten. Diese bilden das Behandlungsnetz. Im Netz finden sich der Patient selbst, der Hausarzt, der Rettungsdienst, die Aufnahmeorganisation des Spitals, die Spitalärzte, der Pflegedienst, die Spezialärzte, aber auch Labor, Röntgen, Physiotherapie, Ergo-, Logotherapie, Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Sozialdienst, Spitex, Krankenkassen, Apotheker und schliesslich die Angehörigen.

Für den Erfolg einer medizinischen Behandlung kann entscheidend sein, ob die Informationen über bisherige Krankheiten, Verletzungen und Operationen, Labor- und Röntgenuntersuchungen, laufende Medikamente, aber auch bekannte Nebenwirkungen, etc. vollständig vorliegen und rasch verfügbar sind.

Je weniger Zeit für die Beschaffung dieser Informationen zur Verfügung steht (wie bei lebensbedrohlichen akuten Störungen) und je weniger der Patient selbst berichten kann (wie bei Bewusstlosigkeit), desto wichtiger wird, dass die wesentlichen Informationen zur Krankengeschichte in gut verwendbarer Form rasch vorliegen. Die moderne Kommunikationstechnologie ermöglicht die Übermittlung dieser Informationen ohne Zeitverzug (Fax, Internet, Telefon, EDV gestützte Archivierung).

Bei Spitaleintritt wird die Qualität der Informationsübermittlung klar verbessert, wenn die Träger und die Empfänger der Informationen die Gliederung des Inhalts und die Art der Übermittlung abgesprochen und, soweit sinnvoll, standardisiert haben.

Während des Spitalaufenthaltes

Während des Spitalaufenthaltes sind nicht selten schwierige Entscheide zu fällen. Man denke an eine Reoperation oder, auf einer anderen Ebene, an die Indikation einer Reanimation. Der bestmögliche Weg wird dabei nur gefunden, wenn sich alle im Behandlungsnetz wesentlichen Personen am Entscheid beteiligen. Letztlich ja oder nein sagt der urteilsfähige Patient selbst.

Beim Spitalaustritt

Für die Qualität der Kommunikation bei Spitalaustritt gelten ähnliche Überlegungen wie sie für die Situation bei Spitaleintritt oben dargelegt wurden.

Der Standard „Informieren und Entscheiden im Behandlungsnetz“ setzt voraus, dass die im Behandlungsnetz Beteiligten die Kommunikationswege im Sinne einer Prozessanalyse untersuchen. Aus dieser Arbeit gehen Richtlinien hervor, die, soweit es sinnvoll ist, ein standardisiertes Vorgehen festlegen und Qualitätskriterien bezeichnen, die sich für eine periodische Überprüfung eignen.

Abgrenzung

Die folgenden Standardelemente konzentrieren sich auf die Kommunikation zwischen Spital und spitalexternem Behandlungsnetz. Die Bereiche der Kommunikation innerhalb des Spitals, zwischen Spital und Krankenversicherern oder staatlichen Organen bleiben ausgeklammert. Die Qualitätssicherung des Persönlichkeits- und Datenschutzes ist Inhalt eines andern Standards.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Eine der Standardsituationen, die sich für die Prozessanalyse eignen, ist der Spitaleintritt eines Patienten. Dabei wird zwischen Wahleintritt und Notfalleintritt unterschieden.

Beim **Wahleintritt** kann in vielen Fällen ohne Zeitdruck kommuniziert werden. Meist ist eine Operation geplant. Die Indikation stellt im einfachen Fall der Hausarzt im Gespräch mit dem Patienten. Kompliziertere Situationen werden zusätzlich zwischen dem Hausarzt und dem Operateur diskutiert. Bei komplexen Problemen kann eine Konferenz unter Teilnahme von Patient, Hausarzt, Operateur und weiteren Spezialisten notwendig sein. Der Patient und seine Angehörigen werden in der Sprechstunde des Hausarztes oder des Operateurs über Nutzen und Risiken des geplanten Eingriffs informiert.

Der Patient dokumentiert schriftlich, dass er nach umfassender Information mit der geplanten Behandlung einverstanden ist.

Für einen Wahleingriff erfolgt die Anmeldung schriftlich (Brief, Fax, etc.), und der Hausarzt legt diejenigen Informationen aus der bisherigen Krankengeschichte bei, die er und der Operateur als notwendig erachten. Der Umfang und die Form dieser Information sollte für den Regelfall abgesprochen sein.

Beim **Notfalleintritt** kommt ein erheblicher Zeitdruck dazu. Im Falle beispielsweise eines drohenden Herzinfarktes erfolgt die Hospitalisation unverzüglich. Der Notfallarzt informiert den Rettungs(Ambulanz)dienst, die Aufnahmeorganisation des Spitals, sowie den diensttuenden Spitalarzt. Die Daten, die unter Zeitdruck weitergeleitet werden, enthalten das für die erste Phase der Behandlung Notwendige. Ist der Patient im Spital schon bekannt, sind archivierte Daten sehr hilfreich. In einer späteren Phase sucht der Spitalarzt den direkten Kontakt mit dem Hausarzt und holt fehlende Informationen und die Meinung zu anstehenden Therapieentscheiden ein. Für die Optimierung der Kommunikation beim Notfalleintritt sind klare Richtlinien hilfreich.

Zu 2

Die **Dokumentation** des Wissens zum einzelnen Patienten im Spital muss geregelt sein. Meist finden bestimmte Daten Eingang in die ärztliche Krankengeschichte, andere in die Dokumentation des Pflegedienstes. Die Einführung der elektronischen Krankengeschichte im internen EDV-Netz des Spitals verlangt nach Vereinheitlichung der Dokumentation. Sorgfältig muss geregelt sein, wer die Daten ergänzen oder verändern, wer darauf zugreifen und in welcher Form sie an spitalexterne Partner im Behandlungsnetz weitergeleitet werden dürfen.

Zu diesen Daten gehören auch Resultate von Laboranalysen, bildgebenden Verfahren und spezialärztlichen Untersuchungen.

Zu 3 und 4

Der Spitalaufenthalt eines Patienten verläuft, beispielsweise nach einer Wahloperation, in der Regel den Erwartungen entsprechend. Hier genügen die täglichen Absprachen im spitalinternen Behandlungsnetz.

Verläuft die Genesung des Patienten nicht wie erwartet (Eintritt unerwartet schwerer Komplikationen, unerwartete Operation, Verlegung in ein anderes Spital, Todesfall), so müssen Hausarzt und Angehörige informiert werden.

Während des Spitalaufenthaltes sind zum Teil schwierige Therapieentscheide zu fällen, für die das Wissen und die Meinung des Hausarztes, aber auch der Beitrag der Angehörigen bedeutsam sind.

Die Qualität der Kommunikation zwischen Patient, Pflegenden, Spitalärzten, Hausarzt und Angehörigen kann deutlich verbessert werden, wenn klare Richtlinien vorliegen. Diese sind auch Arbeitsgrundlage für unerfahrene junge Assistenzärzte, die oft wesentliche Aufgaben der Kommunikation im Behandlungsnetz übernehmen.

Zu 5

Der **Spitalaustritt** stellt hohe Anforderungen an die Qualität der Informationen, die der Hausarzt, der Apotheker, die nachbehandelnden Dienste wie Spitex oder Physiotherapie erhalten, die aber auch im Rehabilitationszentrum oder Kurhaus benötigt werden. Für diese Phase sollte abgesprochen und festgehalten sein, welche Daten am Operationstag, welche bei Austritt am Telefon, per Fax, dem Patienten direkt, und welche in einem ausführlichen Bericht später übermittelt werden.

Fehlende Informationen sollten den nachbehandelnden Stellen einfach zugänglich sein. Bisher waren etwa die Sekretariate dafür besorgt, dass beispielsweise dem Hausarzt die notwendigen Daten zukamen. In Zukunft wird der direkte Zugriff in das spitalinterne EDV-Netz und die Archive möglich sein. Hier sind sichere und verbindliche Verfahren anzuwenden, die es nur den dazu berechtigten Personen ermöglichen, medizinische Informationen zu erhalten.

Literatur

- **BAPST Ludwig (1999):** Netzwerke zwischen Spital und niedergelassenen Ärzten. In: Schweizerische Ärztezeitung, 1999;80. Nr. 5, S. 272 - 274
- **HÖHMANN Ulrike, MÜLLER-MUNDT Gabriele, SCHULZ Brigitte (1998):** Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung. Mabuse Verlag Frankfurt 420 Seiten, ISBN 3-933050-07-3
- **JOOSTEN Marly (1997):** Die Pflege-Überleitung vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenpflege. Von der Lücke zur Brücke. Altera. Hüthig Medizinverlag. 148 S., ISBN 3-13-121051-6
- **KÜHNAPFEL Susanne, WINKEL Simone et. al. (1999):** Multiprofessionelle, sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen am Beispiel des VerKet-Projektes. 1. Teil in: Pr-Internet 6/99, S. 152 – 158; 2. Teil in PR-Internet 7/99.
- **SCHMITT Eva M. (1994):** Gerontopsychiatrische Übergangspflege. Bericht über ein Modellprojekt zur besseren Vernetzung von stationären und ambulanter Versorgung für psychisch kranke ältere Menschen. 89 S. ISBN 3-932882-35-0

Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen

| Standardelement | Bewertungskriterien |
|--|--|
| 1. Das Spital umschreibt, was unter kritischen Zwischenfällen zu verstehen ist. | – Eine Umschreibung des am Spital verwendeten Begriffs „Kritischer Zwischenfall“ liegt vor. |
| 2. Ein Konzept legt fest, wie das Spital kritische Zwischenfälle vermeidet bzw. bewältigt. Es umfasst Regeln und Unterlagen für die Meldung von kritischen Zwischenfällen. | <ul style="list-style-type: none"> – Ein Konzept zur Frage, wie das Spital kritische Zwischenfälle vermeidet bzw. bewältigt, ist vorhanden. Der Meldeweg ist dokumentiert. – Kritische Zwischenfälle werden erhoben und dokumentiert. – Kritische Zwischenfälle werden analysiert. Die Teams, welche die Meldungen bearbeiten und deren Ursachen analysieren, sind definiert. – Die interne und externe Kommunikation von kritischen Zwischenfällen, deren Analyse und entsprechender Empfehlungen bzw. Richtlinien zu deren Vermeidung ist sicher gestellt. – Auskunftspersonen wussten gut Bescheid. |
| 3. Das Konzept ist umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft. | <ul style="list-style-type: none"> – Die Umsetzung des Konzepts wird überprüft. – Wissensstand und Compliance der Mitarbeitenden werden periodisch überprüft. |
| 4. Mitarbeitende und Spitalleitung besprechen regelmässig die eingetretenen kritischen Zwischenfälle und erarbeiten Massnahmen zu ihrer Vermeidung und Bewältigung. | <ul style="list-style-type: none"> – Protokolle von Besprechungen liegen vor. – Die oberste Entscheidungsinstanz des Spitals ist involviert. |

Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

In jedem Spital geschehen täglich Dinge, welche den Patientinnen und Patienten, ihren Angehörigen, den Mitarbeitenden oder dem Spital insgesamt Schaden zufügen oder mit grosser Wahrscheinlichkeit Schaden zugefügt hätten, wären sie nicht rechtzeitig entdeckt worden. Für die Menschen im Spital kann es sich um einen körperlichen oder psychischen Integritätsschaden bis hin zum Tod, aber auch um einen materiellen Schaden handeln. Schadenfolgen für das Spital können Beschwerden, Klagen und finanzielle sein.

Behandlungskomplikationen, so genannte „Kunstfehler“, mögliche Fehler bei der Untersuchung (wie z. B. unzureichende diagnostische Massnahmen, fehlerhafte Diagnosestellung, unterlassene Diagnosen, Indikationsfehler, Komplikationen medizinischer Interventionen) stehen bei diesem Standard nicht im Vordergrund des Interesses. Ebenso sollten bestimmte Zustände, welche Patienten mit ins Spital bringen, nicht als kritische Zwischenfälle behandelt werden. Das Spital legt fest, was es als kritischen Zwischenfall definieren und bearbeiten will. *Die Stiftung SanaCERT Suisse empfiehlt, diesen Standard möglichst auf medizinische Probleme zu begrenzen.* (Damit würden beispielsweise Diebstähle als an sich ebenfalls „kritische Zwischenfälle“ nicht in diesem Rahmen behandelt.) Zwischenfälle, welche dem Ruf eines Spitals generell Schaden zufügen, wie zum Beispiel unfreundliches Personal, fehlende Parkplätze, gelten ebenfalls nicht als kritische Zwischenfälle.

Der Standard fordert einen aktiven Umgang mit kritischen Zwischenfällen. Die Prävention hat ein mindestens ebenso grosses Gewicht wie die Bewältigung. Erstes Ziel ist es, möglichen Schaden für Patientinnen und Patienten, Mitarbeitende und Spital früh zu erkennen und abzuwenden. Tritt dennoch ein Schaden ein, so soll die Situation so professionell wie möglich bewältigt werden, um den Schaden für alle Beteiligte zu minimieren.

Voraussetzung für die Erfüllung des Standards sind ein hohes Bewusstsein und eine grosse Aufmerksamkeit der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, damit kritische Zwischenfälle auch als solche wahrgenommen und thematisiert werden. *Es geht nicht darum, Schuldige zu suchen und zu sanktionieren, sondern Prozess- und Systemfehler aufzudecken und zu verbessern.* Das Herstellen eines lernorientierten Klimas ist entscheidend für den Erfolg im Umgang mit kritischen Zwischenfällen. Je nach Situation wird die Spitalleitung ein offenes oder anonymes Meldeverfahren wählen. In jedem Fall muss gewährleistet sein, dass die Anonymität der betroffenen Mitarbeitenden gewährleistet ist, falls dies gewünscht wird.

Ein Spital, das viele kritische Zwischenfälle meldet, ist nicht einfach auch ein "qualitativ schwaches Spital", sondern es kann sich im Gegenteil auch um ein qualitativ sehr gutes Spital handeln, wo das Bewusstsein und die Aufmerksamkeit der Belegschaft so geschärft werden konnten, dass kritische Zwischenfälle eben als solche wahrgenommen und thematisiert werden. Nach allem, was man weiss, ist die *Anzahl* der festgestellten kritischen Zwischenfälle ein unbrauchbarer Hinweis darauf, ob es sich um ein qualitativ schwaches oder um ein qualitativ sehr gutes Spital handelt. Entscheidend für die Qualität ist vielmehr die Art und Weise des Umgangs mit kritischen Zwischenfällen.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Das Spital wird nicht sofort alle kritischen Zwischenfälle angehen können. Deshalb sind bei der Einführung dieses Standards Prioritäten zu setzen und Etappen vorzusehen. Der Standard geht auf eine längere Entwicklung aus, die ein Lernklima schafft, das von der Spitalleitung gefördert wird und das die Mitarbeitenden in ihrer Arbeit unterstützt.

Zu 2

Das Konzept trägt der Erkenntnis Rechnung, dass die Ursache von kritischen Zwischenfällen meistens im *System* und nicht bei den ausführenden Personen liegt. Entscheidend für die Prävention ist, dass sich das Spital nicht auf die Fehlleistung selber sondern auf die der Fehlleistung zugrunde liegenden Ursache konzentriert. Die zentrale Frage lautet deshalb nicht: „Wer ist schuld?“, sondern „Wo liegt der Fehler im System?“ Anders gesagt: eine wirksame Prävention setzt nicht beim „schuldigen“ Individuum an, sondern am zugrunde liegenden ungenügenden System. *Change the system, not the person!*

Das Konzept ist auf die längerfristige Strategie des Spitals auszurichten. Die Informationswege werden festgelegt, die Verantwortungen werden zugeordnet, die Art und Weise, der Umfang der Dokumentation werden festgelegt, und es wird beschrieben, wie der Lern- und Korrekturprozess in Gang gesetzt und dessen Wirkung überprüft wird. Schliesslich wird auch festgelegt, wie die Einzelfall Erfahrungen und numerische Daten in einem kontinuierlichen Rhythmus zusammengefasst, stufen- und zeitgerecht evaluiert und Verbesserungen auf allen Ebenen realisiert werden.

Wo die Qualitätskultur noch nicht sehr weit gediehen ist, riskieren diejenigen, welche Zwischenfälle melden, als Versager zu gelten. Dies kann Ängste auslösen, die sich mit gut gemeinten Hinweisen auf den Schutz der Anonymität kaum abbauen lassen. Es ist nämlich kaum zu vermeiden, dass mit der Aufarbeitung kritischer Zwischenfälle in kleinräumigen Verhältnissen (kleines Spital, einzelne Abteilung) jede Zusicherung von Anonymität illusorisch wird. Eine Möglichkeit, diese bestehenden Spannungen zu lösen, besteht in der schrittweisen und vorsichtigen Umsetzung des Standards. Jedes Spital sollte seinen eigenen Weg im Umgang mit der Information zu diesem Thema finden.

Falls ein kritischer Zwischenfall Interventionen an Patientinnen oder Patienten zur Folge hat, werden diese in geeigneter Form über den Zwischenfall informiert, auch wenn dieser den Betroffenen keine Beeinträchtigungen verursacht.⁴

Das Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) bestimmt in Artikel 59 (Meldepflicht, Meldesystem und Melderecht) folgendes:

¹ Wer Heilmittel herstellt oder verwendungsfertige Heilmittel vertreibt, muss für ein Meldesystem sorgen. Er muss dem Institut unerwünschte Wirkungen und Vorkommnisse melden, die:

a. auf das Heilmittel selbst, seine Anwendung oder auf unsachgemässe Kennzeichnung oder Gebrauchsanweisung zurückzuführen sind oder zurückgeführt werden könnten;

b. die Gesundheit von Konsumentinnen und Konsumenten, Patientinnen und Patienten sowie Dritter und behandelte Tiere gefährden oder beeinträchtigen könnten.

² Wer Heilmittel herstellt oder vertreibt, muss dem Institut zudem Qualitätsmängel sowie weitere Erkenntnisse und Bewertungen, welche die Beurteilungsgrundlagen beeinflussen können, melden.

⁴ "Schriftenreihe nr. 1 patientensicherheitschweiz: Wenn etwas schief geht – Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall". Die Empfehlungen zur Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall basieren auf der international aktuellen Literatur, allem voran auf einem Referenzdokument, welches unter dem Vorsitz von Lucian Leape im Konsensverfahren von den Harvard-Spitälern verfasst wurde ("When Things go Wrong"-Responding To Adverse Events, erhältlich über www.macoalition.org). Mit Erlaubnis von Lucian Leape hat die Stiftung für Patientensicherheit dieses Dokument für den deutschsprachigen Raum adaptiert und unter obigem Titel herausgegeben. Es liefert als praxisorientiertes Handbuch die ausführlichen Hintergrundinformationen zum Thema "Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall".

³ Wer Heilmittel an Menschen oder an Tieren gewerbsmässig anwendet oder Heilmittel abgibt, muss dem Institut schwerwiegende oder bisher nicht bekannte unerwünschte Wirkungen und Vorkommnisse sowie Qualitätsmängel ebenfalls melden.

⁴ Konsumentinnen und Konsumenten, Patientinnen und Patienten und deren Organisationen sowie interessierte Dritte können dem Institut unerwünschte Wirkungen von Heilmitteln und Vorkommnisse melden.

Diese gesetzliche Meldepflicht unerwünschter Vorkommnisse und Wirkungen wird mit dem Begriff „Vigilance“ umschrieben. Ein Konzept zum Umgang mit kritischen Zwischenfällen muss beschreiben, wer für den Entscheid zuständig ist, dass ein intern gemeldeter Zwischenfall gemäss Heilmittelgesetz an die zuständige Stelle ausserhalb des Spitals weiter zu melden ist.

Zu 3

Das Konzept schafft die planerischen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die dann umgesetzt werden müssen, damit das Konzept wirksam wird. Der Standard fordert dazu auf, einen Umsetzungsplan und ein Controlling betreffend Stand der Umsetzung einzurichten. Zur Umsetzung gehört ein Projektmanagement, Arbeitspläne usw. Bei der Wahl des Verfahrens zur Messung der Zielerreichung sind Wirtschaftlichkeitsüberlegungen ausschlaggebend. Der Aufwand für die Messung hat in jedem Fall in einem vertretbaren Verhältnis zum längerfristigen Ertrag oder Nutzen zu stehen.

Zu 4

Die Umsetzung des Standards wird wahrscheinlich von einer Kerngruppe vorangetrieben. Die Behandlungsteams befassen sich sektoriell mit den für sie relevanten Themen. Vor allem in grösseren Spitälern benötigt die Leitung Rückmeldungen, um sich ein Bild von der Kompetenz des Spitals im Umgang mit kritischen Zwischenfällen zu machen und den Qualitätsprozess zu steuern. Es ist deshalb notwendig, dass regelmässig auf allen Stufen – und nicht nur im Falle eines besonderen Ereignisses – informiert wird.

Mögliche zu ermittelnde Kennzahlen für den Standard "Umgang mit kritischen Zwischenfällen"

- Anzahl Meldungen pro Zeitperiode
- Schweregrad der gemeldeten Zwischenfälle
- Anzahl der eingegangenen Meldungen nach Bereich bzw. Problematik.
- Anteil der gemeldeten Zwischenfälle, welche zu Verbesserungsmassnahmen führten
- Anzahl der umgesetzten Verbesserungsmassnahmen (abgeschlossene Projekte).
- Bekanntheitsgrad des Critical Incident Monitoring bei den Mitarbeitenden.
- Entwicklung der Zahl der Haftpflichtfälle und der Schadensummen

Literatur

- **BOCION C., SENNHAUSER F., FREY B. (2006):** Critical Incident Monitoring in schweizerischen Intensivstationen. Verbreitung, Einstellungen und Faktoren, welche die Meldehäufigkeit beeinflussen. Schweizerische Ärztezeitung 2006; 87: Nr. 20, Seiten 886 ff.
- **BRÄNDLE B., SCHEIDEGGER D. (2007):** Aktives Fehlermanagement durch eine teamorientierte Arbeitskultur. Schweizerische Ärztezeitung 2007; 88: Nr. 8, Seiten 325 ff.
- **FREY B., KEHRER B., LOSA M., BRAUN H., BERWEGER L., MICALLEF J., EBENBERGER M. (2000):** Comprehensive critical incident monitoring in a neonatal-pediatric intensive care unit: experience with the system approach. In: Intensive Care Med (2000) 26: 69-74
- **HAENGGI-BALLY D., HEINZL S. (2005):** Fehlermanagement im Spital - ein Beispiel aus unserer Frauenklinik. Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86: Nr. 27, Seiten 1680 ff.
- **HALLER U., WELTI S., HAENGGI D., FINK D. (2005):** Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur in der Medizin. Risiken, Fehler und Patientensicherheit. Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86: Nr. 27, Seiten 1665 ff.
- **Institute of Medicine (1999):** To Err is Human. Building a Safer Health System. Washington D.C., National Academy Press (Dieser Bericht kann aus dem Internet im Volltext abgerufen werden, und zwar unter www.iom.edu/IOM/IOMHome.nsf/Pages/Recently+Released+Reports)
- **KAUFMANN M, STAENDER S., von BELOW G., BRUNNER H.H., PORTENIER L, SCHEIDEGGER D. (2002):** Computerbasiertes anonymes Critical Incident Reporting: ein Beitrag zur Patientensicherheit. Schweizerische Ärztezeitung 2002; 83: Nr. 47, Seiten 2554 ff.
- **KEHRER Beat (2000):** Change the System, not the Person. In: UNION, Informationen für die Mitglieder der Union Schweizerischer Chirurgischer Fachgesellschaften, Nr. 1/2000, S. 1 – 4
- **KUHN H.P., von BELOW G. (2003):** „Melden Sie keine Flugunfälle auf diesem Formular!“. Schweizerische Ärztezeitung 2003; 84: Nr. 26, Seiten 1399 ff.
- **LOSA Michele (2004):** Umgang mit kritischen Zwischenfällen: Erfahrungen aus dem Ostschweizer Kinderspital. Paediatrica Vol. 15; No. 3, 2004, Seiten 53 - 54
- **ROSE Norbert, GERMANN Daniel, (2005):** Resultate eines krankenhausweiten Critical Incident Reporting System (CIRS). Das St. Galler Konzept. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement (Thieme) 2005; 10: Seiten 83- 89
- **Stiftung für Patientensicherheit (2006):** Wenn etwas schief geht. Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall. Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz Nr. 1, Zürich November 2006 (Übersetzung und „Helizierung“ von: Harvard Hospitals (2006): When things go wrong - responding to adverse events. 2006)

Standard 12: Mitarbeitende Menschen – Human Resources

| Standardelement | Bewertungskriterien |
|---|---|
| 1. Das Unternehmen fördert seine Mitarbeitenden über eine transparente Personalstrategie. | <ul style="list-style-type: none"> – Die Personalpolitik ist dokumentiert und von der Unternehmensleitung verabschiedet⁵ – Die Personalstrategie ist dokumentiert und von der Unternehmensleitung in Kraft gesetzt. – Die Personalstrategie ist von der Unternehmensstrategie abgeleitet. – Die Personalstrategie wird über Konzepte umgesetzt. Zur Erfüllung müssen mindestens 2 Konzepte umgesetzt sein.⁶ – 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. – Das Unternehmen verfügt über eine Regelung bezüglich Mitspracherecht. – Diese wird umgesetzt. |
| 2. Es finden periodisch mit allen Mitarbeitenden strukturierte Gespräche statt. | <ul style="list-style-type: none"> – Die Durchführung der Mitarbeitergespräche wird kontrolliert und kann ausgewiesen werden. – Für die Mitarbeitenden liegen aktuelle Stellenbeschreibungen (oder Pflichtenhefte) vor. – Die Mitarbeitergespräche finden auf der Grundlage der Stellenbeschreibung (oder des Pflichtenhefts) und von Zielvereinbarungen statt. – Die Kader werden für die Durchführung der Mitarbeitergespräche nachweislich geschult. – 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. – Nachweise für den Umgang mit Rückmeldungen der Mitarbeitenden sind vorhanden. – Die Qualität der Mitarbeitergespräche wird überprüft. – Die Wirksamkeit der Mitarbeitergespräche bezüglich Förderung der Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit des Mitarbeitenden wird evaluiert. |

⁵ 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).

⁶ 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).

| | |
|--|--|
| <p>3. Die für das Unternehmen wesentlichen Instrumente der Mitarbeiterführung sind dokumentiert.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – <i>Instrumente der Mitarbeiterführung werden angewendet.⁷</i> – <i>Die Wirksamkeit der angewendeten Instrumente wird periodisch überprüft.</i> – <i>Der Umgang mit vertraulichen Daten ist geregelt.</i> |
| <p>4. Das Unternehmen fördert die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – <i>Das Unternehmen schafft Rahmenbedingungen für die Förderung der interdisziplinären und interprofessionellen Fort- und Weiterbildung.</i> – <i>Das Unternehmen überprüft periodisch, ob die Zusammensetzung seiner Führungsgremien die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit unterstützt.</i> – <i>Bereichsübergreifende Informationsgefässe, Foren und Anlässe fördern die Zusammenarbeit.</i> – <i>Das Unternehmen gibt vor, wie die Nahtstellen der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit in den Betriebsabläufen (Prozessen) beschrieben und geschult werden.</i> – <i>Das Unternehmen fördert die offene Kommunikation und den wertschätzenden Umgang unter einander.</i> – <i>Die Wirksamkeit der Massnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit wird überprüft.</i> |
| <p>5. Das Unternehmen verfügt über Richtlinien und Instrumente zur Bewältigung von Konflikten und schwierigen Situationen.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Vorkehrungen zur Erkennung und Bewältigung von Konflikten sind vorhanden. – <i>Das Unternehmen wendet Verfahren an zur Unterstützung seiner Mitarbeitenden und Vorgesetzten bei der Lösung von Konflikten.</i> – Das Unternehmen verfügt über Richtlinien zum Umgang mit Problemsituationen wie Mobbing, sexuelle Belästigung⁸ sowie Alkohol-, Drogen- oder Medikamenten-abusus, Burnout und andere. – <i>Erfahrungen mit der Anwendung der Instrumente werden bei ausgewählten Situationen erfasst und ausgewertet.</i> – <i>Vorkehrungen zur Vermeidung der Gefährdung von Mitarbeitenden durch Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige sind vorhanden.</i> |

⁷ 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 ...

⁸ Fett gedruckt sind die gesetzlich vorgeschriebenen Bereiche.

Standard 12: Mitarbeitende Menschen – Human Resources

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Das Thema des Standards 12 ist die **Beziehung** zwischen den **in einem Unternehmen arbeitenden Menschen** einerseits und dem **Unternehmen als Organisation** andererseits. Die Vorgaben und Prinzipien zur Gestaltung dieser Beziehung werden von der Organisation erarbeitet. Der Standard 12 befasst sich mit der Qualitätssicherung und der aufgrund eines ausgewiesenen Vorgehens erreichten und nachgewiesenen Qualitätsverbesserung dieser Beziehung. Er enthält demnach Elemente der Führung, der Förderung und des Schutzes von Mitarbeitenden. Oder anders ausgedrückt, die wesentlichen Elemente des Managements von Human Resources.

Bei diesem Standard ist das Engagement der obersten Führungsverantwortlichen des Unternehmens von zentraler Bedeutung: Der Standard muss auch von diesen Menschen mitgetragen und vorgelebt werden.

Gut geführte Unternehmen nehmen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Menschen ernst, fördern sie, verlangen aber auch die vereinbarte Leistung. Untersuchungen zeigen, dass die eindeutige Zuteilung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung, klar definierte Arbeitsbedingungen, die Möglichkeit der Mitsprache und Aufzeigen der Entwicklungsmöglichkeiten wesentlichen Einfluss auf das Arbeitsklima haben. Aber auch, gerade im Spitalbereich, dass eine gute interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit für die Zufriedenheit der Mitarbeitenden von grosser Bedeutung ist. Alle diese Elemente beeinflussen die Beziehung zwischen dem Betrieb und den Mitarbeitenden; die Qualität dieser Beziehung nehmen die Patientinnen und Patienten wahr.

Das Unternehmen eröffnet den Mitarbeitenden einerseits die Möglichkeit zu einer mit Zufriedenheit verbundenen Leistung – andererseits ermöglicht es mit präzisen Formulierungen von Zielen und Leistungserwartungen den Mitarbeitenden das tatsächliche Erbringen der geforderten Leistungen.

Mitarbeitende und Unternehmen haben Interesse daran, Konflikte zu bewältigen, um die Kräfte dem Kerngeschäft zu erhalten und ein gutes Arbeitsklima zu fördern.

Hinweise zu den Standardelementen:

Zu 1

Im Management von Human Resources haben sich die Begriffe Personalpolitik und Personalstrategie als nützlich erwiesen. Was ist damit gemeint?

Grundlage für die Regelung der Beziehungen zwischen Mitarbeitenden und dem Unternehmen sind allgemeine Werte, wie sie in der Förderung des einzelnen Mitarbeitenden, in der Gleichbehandlung von Mann und Frau, im Verhältnis von Arbeit und Privatleben, in der Bedeutung von Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Ausdruck kommen. Diese Werte bestimmen den Entscheidungsrahmen mit, der in der **Personalpolitik** des Unternehmens dargelegt wird.

Auf der Grundlage der Personalpolitik bestimmt die **Personalstrategie** konkrete Schwerpunkte in der Führung der Mitarbeitenden. Oder anders ausgedrückt: Schwerpunkte für das Ma-

nagement der Human Resources. Die Personalstrategie ist von der allgemeinen Unternehmensstrategie abgeleitet und in diese eingebettet.⁹

Die Personalstrategie wird über **Konzepte** umgesetzt. Diese Konzepte können auch als Prozesse des Personalmanagements verstanden werden. SanaCERT Suisse schreibt nicht vor, welche Konzepte ein Unternehmen umsetzen muss. Bereiche, für die sich Konzepte eignen sind u.a. Personalrekrutierung, Personalbindung, Personalbeurteilung, fachliche Förderung, Entwicklung der Persönlichkeit, Laufbahnplanung, Honorierung, betriebliches Gesundheitsmanagement (die Aufzählung ist nicht abschliessend).

Allgemein gilt, dass jeder Betrieb an seine Mitarbeitenden Forderungen stellt, die zu erfüllen sind. Darüber hinaus ist die Förderung der Mitarbeitenden ein wesentliches Element für die Beziehung von Mitarbeitenden und Betrieb. Die Möglichkeit zur Mitsprache der Mitarbeitenden - beeinflusst die Motivation und Innovation. In jedem Unternehmen ist Personalentwicklung (unternehmensintern "on the job or near the job" - unternehmens-externe Fort- und Weiterbildung) für die Mitarbeitenden von grosser Bedeutung und muss systematisch geplant und durchgeführt werden. Die Anspruchsberechtigung ist transparent zu gestalten. Jedes Unternehmen kann differenzierte Angaben über die durchgeführten Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeitenden vorlegen.

Viele Mitarbeitende bleiben einem Unternehmen über lange Jahre treu, wenn ein gutes Betriebsklima herrscht. Die Führungsverantwortlichen eines Unternehmens können hierzu beitragen, indem die Förderung der Mitarbeitenden gepflegt wird, wobei kurz-, mittel- und langfristige Perspektiven zu bedenken sind. Es geht dabei nicht allein um eine fachliche Förderung; auch die Persönlichkeitsentwicklung soll berücksichtigt werden.

Alle diese Aspekte fliessen schon bei der Suche und Einstellung von Mitarbeitenden ein.

Das Unternehmen soll nachweisen, dass die Konzepte im Bereich Human Resources periodisch evaluiert und, falls notwendig, revidiert werden.

Das Unternehmen wählt Indikatoren oder Personalkennzahlen aus, um die Wirksamkeit der Umsetzung der wichtigsten Konzepte zu messen. Oder wiederum anders ausgedrückt, um das Management der Human Resources zu evaluieren und zu steuern.

Wichtig, auch für die Mitwirkung der Mitarbeitenden, ist die freie Zugänglichkeit zu den Dokumenten der Personalpolitik, der Strategie und der im Bereich Human Resources geltenden Konzepte, Prozesse und Hilfsmittel.

Zu 2

Klar strukturierte **Mitarbeitergespräche** gehören heutzutage nach breiter Auffassung zu den Instrumenten, die ein Betrieb zur Gestaltung der Beziehung mit den Mitarbeitenden anbietet: Das *dass* der Durchführung von Mitarbeitergesprächen ist ein Erfordernis, das *wie* ist zu erläutern: Wie diese Gespräche strukturiert sind, wie oft und unter welchen äusseren Bedingungen sie durchgeführt werden, ist jedem Unternehmen selbst überlassen. Das Unternehmen regelt die Dokumentation der Resultate eines Gespräches (z.B. Fragebogen, Unterzeichnung, Datenschutz) und kann diese vorweisen.

Es ist anzunehmen, dass bei diesen Gesprächen die Zielvereinbarung als ein geeignetes Mittel - prospektiv und retrospektiv - eingesetzt wird; andere Lösungen sind begründungsbedürftig. Dabei kann nicht nur interessieren, *ob* ein Ziel erreicht worden ist, sondern vielmehr auch *wie*.

Eine integrierte Diskussion der lohnwirksamen Qualifikationen in das Mitarbeitergespräch ist abzulehnen. Es geht vielmehr darum, im Gespräch Lob zu äussern und das Potential für Verbesserungen (Kritik) festzulegen, und zwar von Seiten des Mitarbeitenden als auch des Vorgesetzten. Es interessiert dabei, wie ein Unternehmen mit Rückmeldungen wie Kritik der Mitar-

⁹ SanaCERT Suisse schlägt vor, dass im Dokument "Personalstrategie" auch definiert wird, wie das Unternehmen den Begriff "Mitarbeitende" versteht.

beitenden oder Schwachpunkte, auf die Mitarbeitende aufmerksam machen, für eine Verbesserung von Beziehungen oder für den Betrieb fruchtbar macht.

Die Schulung der Kader für die Mitarbeitergespräche ist notwendig und auszuweisen.

Das Unternehmen zeigt Bemühungen auf, welche unternehmensintern zur Beurteilung der Qualität und Wirksamkeit der Mitarbeitergespräche unternommen werden. (z.B. über ausgewählte Indikatoren und Kennzahlen).

Zu 3

Die Konzepte eines Unternehmens zur Mitarbeiterführung (wie Verhalten gegenüber Patientinnen und Patienten – Mitarbeitenden – vorgesetzter Behörde – Öffentlichkeit – zuweisenden Ärztinnen und Ärzten – Sparpolitik u .a. mehr) werden mit **Instrumenten der Mitarbeiterführung** umgesetzt. Welche Instrumente ein Unternehmen einführt, ist nicht vorgegeben.

Zu 4

Die Qualität der **interdisziplinären** und **interprofessionellen Zusammenarbeit** ist gerade in Spitälern für das Arbeitsklima entscheidend. Historisch sind Spitäler vertikal organisierte Unternehmen. Als Mitarbeitender "gehört" man zur Inneren Medizin oder zur Radiologie oder zur Gastronomie/Hotellerie. Immer mehr sind aber Leistungen im Verbund verschiedenster Dienste, im Sinne einer horizontalen Organisation, zu erbringen. Hier sei als Beispiel die Behandlung des Patienten mit Hirnschlag erwähnt: Unter Zeitdruck arbeiten Rettungsdienst – Notfallstation – Neurologie – Radiologie – Neurochirurgie – Intensivstation - Stroke Unit eng zusammen. Spitäler zeichnen sich auch dadurch aus, dass die Professionen, wie Arzt- und Pflegedienst, innerhalb der Organisation ein gewisses Eigenleben führen. Die Corporate Identity ist weniger ausgeprägt.

Der Standard 12 von SanaCERT Suisse schlägt mehrere Ansätze für die Verbesserung der Zusammenarbeit und der Corporate Identity vor. Einmal die Förderung von interdisziplinären und interprofessionellen Fort- und Weiterbildungen. Dann weiter die periodische Überprüfung der Zusammensetzung der Führungsgremien. Die Mitarbeitenden schätzen, wenn ihre Profession oder Fachdisziplin im Führungsgremium vertreten ist. Dann können Informationsplattformen (Intranet) und Anlässe die Corporate Identity stärken. Ein weiterer Ansatzpunkt ist die regelmässige Überprüfung der Betriebsabläufe (wie Prozesse für die Behandlung von Patienten) auf kritische Nahtstellen, wo mehrere Dienste und Professionen unter Zeitdruck zusammenarbeiten.

Die Bewertungskriterien zum Standardelement 4 greifen zum Teil in die Führungsorganisation von Diensten ausserhalb des Bereichs der Human Resources ein. SanaCERT Suisse verlangt hier nicht, dass die oben beschriebenen Ansätze durchgesetzt sind, sondern dass das Unternehmen den Nachweis für "fördert" und "unterstützt" erbringt.

Zu 5

Konflikte – zwischen Gruppen oder mit einzelnen Mitarbeitenden – kommen in jedem Betrieb vor. Es gibt verschiedene Wege, Konflikte zu bearbeiten. Die Verantwortlichen eines Unternehmens kennen Vorkehrungen, die sie beim Erkennen von betriebsinternen Konflikten treffen können. Anzustreben ist ein bereichsübergreifendes Konzept zur Bewältigung von Konflikten. Wichtig sind die Erfahrungen, die bei der Bewältigung von Konflikten gemacht werden: Sie sind zu erfassen und auszuwerten.

Handlungsrichtlinien des Unternehmens geben vor, wie einzelne Mitarbeitende bei Problemsituationen unterstützt werden. Im Gesetz vorgeschrieben sind Vorkehrungen für die Bewältigung von Mobbing und sexueller Belästigung. Aber auch für weitere Probleme wie Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabusus, Gefährdung von Mitarbeitenden durch Patienten, aussergewöhnliche Belastungen, etwa nach einem Einsatz bei einer Katastrophensituation (Debriefing), Burn-Out sind Vorkehrungen angezeigt (Aufzählung nicht abschliessend).

Schlussbemerkung

Die Erfüllung der fett gedruckten obligatorischen Bewertungskriterien ist Voraussetzung für eine Bewertung dieses Standards mit dem Niveau A. Es ist denkbar, dass in einzelnen Unternehmen die Bearbeitung aller Elemente des Standards 12 für die Erst-Zertifizierung nicht möglich ist. In diesem Fall ist vorzuziehen, einige Elemente befriedigend und ausgiebig zu bearbeiten, andere vorläufig zurückzustellen. Dabei ist aber das Element 2 dieses Standards – das Mitarbeitergespräch betreffend – unverzichtbar. Das Unternehmen muss zudem die zeitliche Planung der Einführung der zurückgestellten Standardelemente und Bewertungskriterien vorlegen.

Im Übrigen legen die Bewertungskriterien nicht fest, wie viele Personalkennzahlen (Standardelement 1) oder Instrumente der Mitarbeiterführung (Standardelement 3) oder wie viele interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen (Standardelement 4) nachzuweisen sind. Wichtig ist, dass dem Prinzip nachgelebt wird. Das Audit-Team wird bei der Bewertung der Erfüllung der Standardelemente und Bewertungskriterien die Ressourcen eines Unternehmens mit berücksichtigen.

Literatur

- Integriertes Personalmanagement. Ziele - Strategien - Instrumente, Martin Hilb, 2013, 20. aktualisierte und erweiterte Auflage Luchterhand
- Human Resource Management. Strategien und Instrumente für Führungskräfte und das Personalmanagement in 14 Bausteinen, Markus Gmür/Jean-Paul Thommen, 2014, 4. Auflage Versus Zürich
- Human Capital strategisch einsetzen. Modelle und Konzepte für die Unternehmenspraxis, Meyer-Ferreira, Peter; 2010, 1. Auflage, Luchterhand

Einschlägige schweizerische Gesetze, Bundesebene

- Obligationenrecht (OR)
- Arbeitsgesetz (ArG)
- Mitwirkungsgesetz (MwG)
- Gleichstellungsgesetz (GlG)
- Datenschutzgesetz (DSG)

Standard 13: Patienteninformation

| Standardelement | Bewertungskriterium |
|--|---|
| 1. Vor Massnahmen zur Diagnose und Behandlung werden Patientinnen und Patienten (oder – wenn begründet – deren Angehörige) angemessen informiert. Die Information in Notfällen ist geregelt. | <ul style="list-style-type: none"> – Standardisierte Anleitungen zur Information von Patientinnen und Patienten für ausgewählte häufige Massnahmen (Diagnose, Behandlung, Therapie) sind verfügbar. – 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. | <ul style="list-style-type: none"> – 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. | <ul style="list-style-type: none"> – 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. | <ul style="list-style-type: none"> – 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Ein Konzept zur Information der Patientinnen und Patienten ist vorhanden. – Das Konzept ist bekannt. |
| 6. Für die mit der Information der Patientinnen und Patienten befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besteht ein Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzept. | <ul style="list-style-type: none"> – 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Evaluationsergebnisse sind vorhanden, und deren Konsequenzen werden umgesetzt. |

Standard 13: Patienteninformation

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Qualitätssicherung und Qualitätsförderung bezüglich *Patienteninformation* erschöpfen sich nicht darin, dafür zu sorgen, dass dem Gesetz Nachachtung verschafft wird. Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten sind integraler Bestandteil der Behandlung.¹⁰

Begriffe

Die *Patienteninformation* ist das Mittel. Die *Aufklärung* der Patientin bzw. des Patienten bzw. der Angehörigen ist das mit der Information beabsichtigte Ergebnis und ist Grundlage für die *Einwilligung* in eine diagnostische oder therapeutische Massnahme.

Als Patientinnen und Patienten, die informiert werden sollen, gelten auch Kinder und Jugendliche. Die Einwilligung in einen Eingriff bzw. eine Untersuchung wird dokumentiert und, falls sinnvoll und möglich, mit der Unterschrift bestätigt.

Einschränkung

Informationen über und Einwilligungen zu Untersuchungen im Rahmen von Ausbildungen und zu Massnahmen im Rahmen von Forschungsprojekten sind nicht Gegenstände dieses Standards. Ebenso befasst sich der Standard ausdrücklich nicht mit Fragen der Information und Einwilligung bezüglich Organentnahmen, Autopsien etc.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Heute wird im Spital bereits informiert. Nun wird die Information systematisiert. Es kann zudem sinnvoll sein zu prüfen, wie die Information des Operateurs bzw. der invasiv tätigen Person mit der Information der Anästhesie oder anderer Dienste koordiniert werden kann. Unter Umständen kann ein gemeinsames Protokoll allfällige Doppelspurigkeiten und Widersprüche eliminieren und so den Zeitaufwand verkürzen.

Die Vermittlung der medizinisch, pflegerisch oder therapeutisch bedeutsamen Informationen erfolgt in einer für den Laien verständlichen Form. Die Information wird dem Bildungsstand, der gesundheitlichen Verfassung, dem Alter etc. angepasst.

Zudem soll das Spital regeln, wie mit Patientinnen und Patienten umgegangen wird, die zu wenig Deutsch verstehen, um die vermittelte Information zu verstehen (zum Beispiel: "Wann muss ein Dolmetscher beigezogen werden?"). Ebenso ist zu überlegen, in welchen Fällen Angehörige mit einzubeziehen sind.

¹⁰ Haller U. (2000): Präoperative Aufklärung als primärer Anspruch der Medizin und der Gesellschaft, nicht der Jurisprudenz. Schweizerische Ärztezeitung 2000; 81: Nr. 34, 1825. Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichtes ist jede Medizinalperson verpflichtet, die Patientinnen und Patienten über die Art und die Risiken der in Aussicht genommenen Behandlungsmethoden aufzuklären. Jeder auch noch so kleine diagnostische oder therapeutische invasive Eingriff stellt eine widerrechtliche Körperverletzung dar, wenn er ohne Einwilligung der Patientin oder des Patienten – bzw. der bevollmächtigten Personen – vorgenommen wird.

Zu 2

Orientierungspunkt ist das Ideal des mündigen, selbst bestimmten Patienten (informed consent). Der Patient bzw. die Patientin wird über Indikation, Art, Bedeutung und Tragweite des beabsichtigten Eingriffs unterrichtet, dass er bzw. sie eine eigenverantwortliche Entscheidung treffen kann. Die Patientin bzw. der Patient weiss nach dem Gespräch, worum es bei dieser Massnahme geht und wie die Erfolgsaussichten und Risiken einzuschätzen sind.

Zu 3

Es wird geregelt, in welchen Fällen auf die Information verzichtet wird und wie dieser Verzicht dokumentiert wird.

Es kommt vor, dass Angehörige wünschen, die Patientin bzw. der Patient sei nicht zu informieren. Auch für diese Situation sind Richtlinien vorzubereiten.

Das Informationsgespräch findet in einer geeigneten Umgebung statt, die den Persönlichkeitsschutz gewährleistet.

Zu 4

Der Standard zielt auf ein pragmatisches Vorgehen bezüglich Dokumentation. Es dürfte wenig sinnvoll sein, die Einwilligung in jede Blutentnahme oder Infusion jedes Mal schriftlich zu dokumentieren.

Eine Protokollvorlage bildet ein mögliches Hilfsmittel für die Dokumentation des Informationsgesprächs. Es kann zwar das persönliche Gespräch selber nicht ersetzen. Es hilft jedoch, das Gespräch zu strukturieren und stellt sicher, dass alle wichtigen Fragen besprochen werden.

Ob die Patientin bzw. der Patient ein Doppel des Protokolls erhält und ob sie/er das Protokoll unterschreiben soll, muss geregelt sein.

Zu 5

Es ist darauf zu achten, dass genügend Zeit für die Information zur Verfügung steht. Der Zeitpunkt der Information darf nicht zu knapp vor dem beabsichtigten Eingriff angesetzt werden, weil die Patientin bzw. der Patient allenfalls noch das Bedürfnis nach weiteren Informationen hat, eine Zweitmeinung wünscht oder eine gewisse Zeit zum Nachdenken benötigt. Bei Patientinnen und Patienten, die nicht notfallmässig behandelt werden, hat sich eine Information in mehreren Etappen bewährt. Kurz vor dem Eingriff kann es im Grunde genommen nur noch um das Einholen der formellen Einwilligung des Patienten oder der Patientin gehen.

Zu 6

Informationsgespräche sind ein anspruchsvolles Element der Behandlung und erfordern eine entsprechende Ausbildung in Gesprächsführung. Es geht in dieser Ausbildung unter anderem darum zu lernen, wie man gut zuhört und Informationen den individuellen Bedürfnissen des Patienten entsprechend vermittelt.

Zu 7

Patienteninformation als Qualitätssicherungsprojekt bedeutet, dass das Spital bzw. die Klinik wissen will, *ob die Qualität des Informationsgesprächs stimmt*, ob also Ziele wie die "Verständlichkeit" der Information und die Aufklärung des Patienten oder der Patientin erreicht werden.

Es gibt Situationen, in welchen Patientinnen und Patienten zwar alles hören, aber nicht aufnehmen können oder wollen. Routinemässig ist deshalb mittels Rückfragen zu überprüfen, ob die Patientin bzw. der Patient die wesentlichen Inhalte der Information auch wirklich aufgenommen und verstanden hat.

Literatur

Standard 13: Patienteninformation

- **Schweizerische Patientenorganisation (2015):** SPO-Ratgeber – Rechte und Pflichten von Patienten. [www.spo.ch/wp-content/uploads/SPO-Ratgeber Rechte und Pflichten von Patienten.pdf](http://www.spo.ch/wp-content/uploads/SPO-Ratgeber_Rechte_und_Pflichten_von_Patienten.pdf) (Zugriff 25.10.2015)
- **Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2005):** Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung, Medizinisch-ethische Grundsätze der SAMW. [www.samw.ch/dms/de/Ethik/RL/AG/Selbstbestimmungsrecht D_06.pdf](http://www.samw.ch/dms/de/Ethik/RL/AG/Selbstbestimmungsrecht_D_06.pdf) (Zugriff 25.10.2015)
- **Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften und Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH (2013):** Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. [http://www.fmh.ch/files/pdf12/Rechtliche Grundlagen 2013 D.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf12/Rechtliche_Grundlagen_2013_D.pdf) (Zugriff 25.10.2015)
- **fmCh mit Unterstützung der Schweizerischen Patientenorganisation (2008):** Guideline Aufklärung der fmCh. [http://fmch.ch/download/Guidelines Aufklaerung DE def.pdf](http://fmch.ch/download/Guidelines_Aufklaerung_DE_def.pdf) (Zugriff 25.10.2015)
- **Schweizerischer Versicherungsverband (2007):** Aufklärungspflicht bei medizinischer Behandlung. Eine Information des SVV für Ärztinnen und Ärzte. www.svv.ch/de/publikationen/aufklaerungspflicht-bei-medizinischer-behandlung (Zugriff 25.10.2015)

Standard 14: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation

| Standardelement | Bewertungskriterium |
|---|---|
| 1. Das Spital 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Ein Konzept zur Betreuung der Notfallpatienten ist vorhanden. – Das Konzept ist im Spital bekannt. – 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Mindestens zwei Teilprozessbeschreibungen liegen vor, sind eingeführt und überprüft worden. – Die Notfallstation verfügt über ein System zur Triage der Patienten. – 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Richtlinien zur Einführung neuer Mitarbeitender sind vorhanden – 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. – Es finden regelmässig Fallbesprechungen statt, die von einem notfallmedizinisch erfahrenen Kaderarzt geleitet werden. |
| 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"> – Guidelines (klinische Richtlinien) sind verfügbar. – Die Guidelines sind bekannt. – Die Leitung der Notfallstation überprüft jährlich die inhaltliche Aktualität der Guidelines. Schriftliche Nachweise sind vorhanden. |
| 5. Das Konzept nennt Ergebniskriterien zur Beurteilung der Qualität der Notfallbehandlung. | <ul style="list-style-type: none"> – Mindestens zwei Ergebniskriterien werden erhoben, ausgewertet und kommentiert. |

| | |
|---|---|
| <p>6. Im Konzept werden die strukturellen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen (Personal, Räume, Ausrüstung, Logistik etc.) zu dessen Umsetzung aufgeführt</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Für die Notfallbehandlung stehen geeignete, den Schutz der Persönlichkeit gewährleistende Räumlichkeiten zur Verfügung. – Warteräume für Patienten und deren Angehörige sind ansprechend und ausreichend ausgestattet. – Die Notfallstation wird durch einen Kaderarzt oder eine Kaderärztin geführt, welche(r) über eine Fortbildung in Notfallmedizin verfügt. Eine Stellvertretung ist bezeichnet. – Die Notfallstation verfügt über eine Pflegedienstleitung. – Stellenpläne, Dienstwege und Budgetkompetenzen sind festgehalten. |
| <p>7. Mit Zuweisern und Nachsorgern werden die Erwartungen bezüglich gegenseitiger Information und Zusammenarbeit vereinbart.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Es bestehen gemeinsam mit den häufigsten Zuweisern bzw. Nachsorgern erarbeitete Vereinbarungen. – Die Verlegung von Patienten, welche eine spezielle Versorgung in einem anderen Spital benötigen, ist vorbereitet. – Verlegungen nachts und an Wochenenden sind geregelt. – Die Entlastung der Notfallstation bei Kapazitätsengpässen ist vorbereitet. – Das Konzept berücksichtigt den Umgang mit Patientinnen und Patienten, welche keinen Hausarzt kennen. |

Standard 14: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Immer mehr Patientinnen und Patienten begeben sich nach Unfällen oder im Krankheitsfall zur notfallmässigen Behandlung ins Spital. In manchen Notfallstationen sind mehr als die Hälfte aller Patientinnen und Patienten „Selbstzuweiser“. Das heisst, sie definieren sich selber als Notfälle.

Für die Notfallstation des Spitals stellt der angemessene Umgang mit dieser über die Zeit sehr unterschiedlich anfallenden Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen eine grosse organisatorische Herausforderung dar. Weitgehend unvorhersehbar sind auch die gesundheitlichen Probleme, mit welchen das Team der Notfallstation konfrontiert wird. Diese Bedingungen werden noch durch den manchmal sehr unterschiedlichen Grad der Behandlungsbedürftigkeit der NotfallpatientInnen erschwert: Schwer Kranke bzw. schwer Verletzte treffen gleichzeitig und am gleichen Ort mit Patientinnen und Patienten mit leichten Verletzungen und leichten Erkrankungen zusammen. Alle Patientinnen und Patienten auf der Notfallstation haben aber das Anrecht auf eine angemessene Beurteilung, Behandlung und Betreuung innert angemessenen Fristen.

Hohe Qualität der Notfallbehandlung lässt sich allgemein folgendermassen umschreiben:

- **Indikationsqualität :** Treffsicherheit der diagnostischen Ersteinschätzung; Richtigkeit der Zuordnung zu einer Dringlichkeitskategorie; Angemessenheit der weiteren diagnostisch-therapeutischen Behandlung.
- **Zeitdimension:** zeitliche Angemessenheit der diagnostischen Ersteinschätzung und der Notfallbehandlung.
- **Zufriedenheit:** Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie der Begleitpersonen mit der Notfallbehandlung.

Begriffe

Als Notfall gilt jeder Patient, der selber oder via eine Drittperson sofortige medizinische Hilfe als notwendig erachtet.

Eine Notfallstation ist eine spezialisierte Einrichtung, welche eine intensive Abklärung, Überwachung und Betreuung erlaubt. Synonyme für „Notfallstation“ sind „Notfallaufnahme“ und „Notfallzentrum“.

Messen der Zielerreichung

Zwölf Akutspitäler waren in den Jahren 2000 bis 2002 an einem Pilot-Projekt des Vereins Outcome Zürich beteiligt, in dessen Verlauf eine Reihe von Indikatoren zur Ergebnismessung getestet wurden. In Anlehnung an dieses Projekt „emerge – sichere und schnelle Hilfe in der Notfallstation“¹¹ wird vorgeschlagen, die Zielerreichung unter anderem mittels folgender Kennzahlen zu ermitteln:

- Angemessenheit der diagnostischen Ersteinschätzung (Grad der Übereinstimmung der Ersteinschätzung und Zuordnung der Dringlichkeit mit Zweiteinschätzung bei Abschluss der Notfallbehandlung bzw. Austrittsdiagnose);
- Ersteinschätzung (Zeitintervall vom Eintritt ins Spital bis zur ersten betreuenden Handlung durch eine verantwortliche Pflegeperson bzw. bis zur Begrüssung und Kurzanamnese durch den behandelnden Arzt, bzw. bis zum dokumentierten Zeitpunkt, an dem der Patient über die - vorläufige - Diagnose und das voraussichtliche weitere Procedere informiert wird);
- Wartezeiten der Notfallpatienten (Zeitintervall Eintritt ins Spital bis Zeitpunkt der ersten betreuenden Handlung durch eine verantwortliche Pflegeperson);
- Verweildauer der Notfallpatienten (Zeitintervall Eintritt ins Spital bis Verlegung ab Notfall bzw. Entlassung);
- Zufriedenheit der Patienten mit der Notfallbehandlung;

Zuordnung der Notfallstation zu drei Gruppen

Die Arbeitsgruppe der Interessengemeinschaft ärztlicher Leiter Notfallstationen hat 2005 drei Gruppen von Notfallstationen definiert, für welche unterschiedliche Qualitätsanforderungen gelten sollen:

- Gruppe III: Notfallzentrum am Zentrumsspital der tertiären Versorgungsstufe (alle oder fast alle Spezialdisziplinen 24/24 Std. verfügbar; alle mehr als 15'000 Konsultationen pro Jahr);
- Gruppe II: Notfallzentrum an grösserem Kantons- oder Regionalspital (im Minimum Kerndisziplinen 24/24 Std. verfügbar; ca. 7000 bis 20'000 Konsultationen pro Jahr);
- Gruppe I: Notfallaufnahme an kleinerem peripheren Spital (eingeschränkte medizinische und quantitative Kapazitäten verfügbar; weniger als 10'000 Konsultationen pro Jahr).

In den Unterlagen zur Vorbereitung des Zertifizierungs-Audits erklärt die Geschäftsleitung des Spitals, zu welcher Gruppe die Notfallstation, in welcher dieser Standard gelten soll, gehört.

Für Notfallstationen der Gruppe I kann das Audit-Team bezüglich struktureller Anforderungen (Nachweise für Fort- und Weiterbildung, etc.) bei der Festlegung des Erfüllungsgrades einzelner Bewertungskriterien den speziellen Bedingungen Rechnung tragen.

¹¹ Die Outcome-Messung „emerge – sichere und schnelle Hilfe in der Notfallstation“ wurde nach Beendigung des Projektes in den Routinebetrieb (2 Messungen pro Jahr) übergeführt.

Klare Signalisation, geeignete Wartezonen und bauliche Voraussetzungen

Viele Akutspitäler mit älterer Bausubstanz verfügen nicht über eine angemessene räumliche Ausstattung zum befriedigenden Betrieb einer interdisziplinären Notfallstation mit möglichst guter Zugänglichkeit. Einen wichtigen ersten Schritt zur Verbesserung der Strukturqualität stellen manchmal schon die klare Signalisation der Zugänge und die Einrichtung geeigneter Wartezonen dar.

Hingegen kann die Umsetzung dieses Standards nicht allein von den manchmal dringend notwendigen baulichen Massnahmen abhängig gemacht werden. Dieser Standard muss sich unter Umständen auch unter ungünstigen räumlichen Voraussetzungen umsetzen lassen.

Einschränkung

Die Notfallplanung bei Epidemien, Katastrophen und weiteren Grossereignissen ist nicht Gegenstand des Standards 14.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Das Konzept bezieht sich auf die Behandlung ab Eintritt des Patienten bzw. der Patientin in die Notfallstation bis zum Ende der ambulanten Behandlung bzw. bis zu einer Operation bzw. bis zur Verlegung auf die Station bzw. in ein anderes Spital.

Elemente eines Konzepts können den Umgang mit Beschwerden, das Melden und die Bearbeitung von kritischen Zwischenfällen sowie die Durchführung regelmässiger Teambesprechungen zwecks Aufarbeitung von aufgetretenen Problemen, kritischen Zwischenfällen, Komplikationen etc. betreffen.

In diesem Standardelement ist die Vollendung des Qualitätsregelkreises P-D-C-A gefordert. Interne Audits, systematische und strukturierte Begehungen, Messungen des Grades der Zielerreichung, Standortbestimmungen durch die Leitung und Einleitung von Konsequenzen aus den gewonnenen Erkenntnissen sind unverzichtbare Elemente des Qualitätsmanagements auf der Notfallstation.

Zu 2

Das Fernziel ist eine Optimierung des Behandlungspfades „Notfall“. Es empfiehlt sich dabei ein Vorgehen in mehreren Etappen. Der gesamte Behandlungspfad „Notfall“ kann in Teilprozesse (z. B. „Aufnahme“, „Triage“) unterteilt werden, die nacheinander oder nebeneinander bearbeitet werden.

Die Optimierung des Behandlungspfades „Notfall“ umfasst ferner die Information der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen und die zuweisenden bzw. nachbehandelnden Hausärzte.

Zu 3

Gefordert sind ein Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzept sowie eine Planung dieser Aus-, Fort- und Weiterbildungen für alle auf der Notfallstation eingesetzten Personen und Berufsgruppen. Für jede Funktion werden die vorausgesetzten Qualifikationen festgehalten.

Das Konzept und die Planung betreffen sowohl die stationsinterne als auch die stationsexterne, auswärtige Aus-, Fort- und Weiterbildungen. Der Planungshorizont beträgt jeweils ein Jahr.

Spezielle Aufmerksamkeit gebührt der Einführung, Aus-, Fort- und Weiterbildung der auf der Notfallstation in der Rotation eingeteilten Assistenzärztinnen und -ärzten. Insbesondere muss die Supervision durch einen Facharzt oder eine Fachärztin geregelt sein.

Die Fortbildungsnachweise für Notfallmedizin und Notfallpflege sollten nicht älter als 5 Jahre sein.

Zu 4

Arbeitshilfen für das Notfallteam sind unter anderem zu Themen wie Patienteninformation und Schmerzbehandlung erforderlich. Algorithmen (d. h. genau definierte Handlungsvorschriften zur Lösung eines Problems oder einer bestimmten Art von Problemen) sind für die gängigsten Notfallsituation zu entwickeln und zu instruieren. Aber auch für spezielle Situationen, welche ein rasches Handeln erfordern, wie z. B. Infektionen mit einem besonders ansteckenden Erreger, Umgang mit aggressiven, gewalttätigen Patienten, sind Richtlinien erforderlich.

Unter Berücksichtigung der raschen Entwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnis sollten die diesbezüglichen Guidelines durch die Leitung der Notfallstation jährlich routinemässig auf ihre inhaltliche Aktualität überprüft werden.

Zu 5

Die Bestimmung von Ergebniskriterien orientiert sich an den vordringlichsten Zielen des Qualitätsmanagements in der Notfallbehandlung. Und diese Ziele wiederum ergeben sich aus vermuteten oder tatsächlich festgestellten Qualitätsdefiziten.

Zu 6

Das Konzept orientiert sich an den strukturellen und organisatorischen Empfehlungen für die Qualitätssicherung der Arbeitsgruppe der Interessengemeinschaft ärztliche Leiter Notfallstationen (YERSIN et al. 2005). Die Arbeitsgruppe der Interessengemeinschaft ärztlicher Leiter Notfallstationen hat im Jahr 2005 unter anderem Empfehlungen zur personellen Dotierung, zur räumlichen Ausstattung, zur Ausrüstung und zur logistischen Unterstützung veröffentlicht.

Jene Spitäler, die auf ihren Notfallstationen auch Kinder und Jugendliche aufnehmen, sollten speziell jene Empfehlungen beachten, welche die Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen betreffen.

Zu 7

Gut dokumentierte und bedarfsgerechte Zuweisung an die Notfallstation durch Hausärzte, andere Spitäler und Rettungsdienste erleichtern die Erbringung von qualitativ hoch stehender Leistung in der Notfallstation. Dieses Standardelement fordert einerseits die Optimierung der Schnittstellen mit der Präklinik und andererseits die Klärung des Berichtswesens beim Austritt aus der Notfallstation, die Vorbereitung von Verlegungen, die Rücküberweisungspraxis, die Aufgabenteilung im Falle von Nachkontrollen. Mit welchen Zuweisern und Nachsorgern diese Beziehungen abzusprechen und zu standardisieren sind, entscheidet das Team der Notfallstation am sinnvollsten selber. Es kann auch hier nicht darum gehen, allumfassende Regelungen und Standardisierungen anzustreben, sondern es ist ein pragmatisches Vorgehen erforderlich, bei welchem das Verhältnis von Aufwand und Nutzen im Auge zu behalten ist. Mit anderen Worten: es sind ausgewählte, besonders häufige oder besonders problematische Verbindungen zu regeln.

Eine besondere Herausforderung stellen jene Patientinnen und Patienten dar, die keinen Hausarzt haben. Das Konzept befasst sich unter anderem mit dieser Patientengruppe.

Notfallstationen stellen für Migrantinnen und Migranten oft die einzige oder die einfachste Möglichkeit dar, um rasch zu einer Behandlung zu kommen. Aus diesem Grund sollten die Verfügbarkeit von Dolmetschern und Massnahmen zum Umgang mit fremdsprachigen Patienten im Konzept vorgesehen sein.

Literatur

- **emerge** - sichere und schnelle Hilfe in der Notfallstation. Schlussbericht zum Projekt des Vereins Outcome. Zürich, September 2002, 67 Seiten und Anhänge.
- **GRAFF Louis, STEVENS Carl, SPAITE Daniel, FOODY JoAnne (2002):** Measuring and Improving Quality in Emergency Medicine. Academic Emergency Medicine 9; 11: 1091 - 1107
- **PETRINO Roberta, DELOOZ Herman et al. (2002):** A curriculum in emergency medicine for Europe. European Journal of Emergency Medicine 2002; 9:307 314 .(
- **SALADIN Peter, Hrsg. (2006):** Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bundesamt für Gesundheit/H+ Die Spitäler der Schweiz. Bern 2006, 124 Seiten (kostenlos zu beziehen bei H+)
- **STOCKER S., STAUBLI G., PEIER K., TOMASKE M. (2004):** Change of management - impact on the work in a paediatric emergency department. Swiss Med Wkly 2004;134 (Suppl. 141)
- **Verein Outcome Zürich (2005):** Mess-Manual "emerge - sichere und schnelle Hilfe in der Notfallstation". V3.5, 18 Seiten, Zürich 2005
- **YERSIN Bertrand, MEIER Kaspar, BÜRGI Ulrich, KLEGER Gian Reto, KOHLER Hanspeter, HERZOG Martin, OSTERWALDER Joseph, VERMEULEN Bernard, ZIMMERMANN Heinz = Arbeitsgruppe der Interessengemeinschaft ärztliche Leiter Notfallstationen (2005):** Notfallstationen: strukturelle und organisatorische Empfehlungen für die Qualitätssicherung. Schweiz. Ärztezeitung 2005;86:32/33, Seiten 1918 - 1928

Standard 15: Ernährung

| Standardelement | Bewertungskriterium |
|---|---|
| 1. Das Unternehmen strebt eine bedarfsgerechte, ausgewogene, an den individuellen Gesundheitszustand angepasste und in geeigneter Form verabreichte Ernährung der Patientinnen und Patienten an. | <ul style="list-style-type: none"> – Ein ausgewogener Menuplan ist vorhanden. – Die Menuplanung wird ausgewertet. – Korrektive und unterstützende Strategien sind in der Pflegeplanung vorhanden. – Motorische, sensorische und kognitive Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten sind berücksichtigt. – Dem Essverhalten wird Beachtung geschenkt; es wird bei Risiko-Patientinnen und -Patienten dokumentiert. |
| 2. Es ist geregelt, <ul style="list-style-type: none"> - wer für die Erfassung, Dokumentation und Einschätzung des Ernährungszustandes der Patientinnen und Patienten zuständig ist, - wie in der Ernährung das Krankheitsbild berücksichtigt wird und - welche Massnahmen (nicht nur bei Risikogruppen) getroffen werden. | <ul style="list-style-type: none"> – Das Ernährungskonzept wird im Unternehmen kommuniziert und ist bekannt. – Die Grundzüge des Konzepts werden den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen beim Spitaleintritt vermittelt. – Die Zuständigkeiten sind geregelt. – Parameter zur Einschätzung des Ernährungsstatus werden angewandt. – 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. – Risikogruppen sind definiert. |
| 3. Die individuellen Essensvorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten und Rituale der Patientinnen und Patienten werden in die Gestaltung des Ernährungsangebots einbezogen. | <ul style="list-style-type: none"> – Es werden Massnahmen beschrieben und umgesetzt, um die soziale und kulturelle Komponente von Mahlzeiten zur Geltung zu bringen. – 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. |
| 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"> – Ein Fort- und Weiterbildungskonzept ist vorhanden und wird umgesetzt. – Der Wissensstand und die fachlichen Kompetenzen des Personals werden periodisch überprüft. |

Standard 15: Ernährung

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Patientinnen und Patienten dürfen von einer qualitativ hoch stehenden stationären Behandlung eine ausgewogene und an den Gesundheitszustand angepasste Ernährung erwarten. Die Verpflegung und das damit verbundene Wohlbefinden sind von grosser Bedeutung. Kaum eine Erhebung zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit kommt ohne Fragen zur Qualität der Verpflegung aus. Ob das Essen der Bestellung entspricht, sorgfältig, zur richtigen Zeit in der gewünschten Menge und korrekt temperiert serviert wird, macht tatsächlich für viele Patientinnen und Patienten und deren Angehörige einen grossen Teil der Qualität eines Unternehmens aus. In jeder stationären Einrichtung gehört es zum klinischen Alltag, dem Ernährungszustand der Patientinnen und Patienten Beachtung zu schenken.

In der Schweiz kommt heute ein grosser Teil der Aufmerksamkeit dem Thema Übergewicht zu. Dabei wird oft übersehen, dass gerade bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten Mangelernährung ein häufiges medizinisches Problem darstellen kann.

Der Standard bezieht sich nicht allein auf orale Ernährungsformen, sondern schliesst die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung auch bei enteralen und parenteralen Ernährungsformen ein. Es bleibt allerdings dem einzelnen Spital überlassen, wie es den Gültigkeitsbereich dieses Standards definiert.

Einstieg in die Thematik

Der Einstieg in die Bearbeitung dieses Themas kann darin bestehen, das Ausmass der möglichen Ernährungsprobleme bei den eigenen Patientinnen und Patienten zu schätzen. Dazu können in einem ersten Schritt Risikogruppen bestimmt und nach möglichst einfachen Screeningverfahren gesucht werden.

Das Thema kann nur erfolgreich bearbeitet werden, wenn alle mit Ernährungsfragen befassten Berufsgruppen und Disziplinen sich auf ein gemeinsames und umfassendes Konzept einigen können, dieses auch gemeinsam umsetzen und dessen Zielerreichung überprüfen.

Standard 15: Ernährung

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Die Ernährung muss unterschiedlichen Ansprüchen und Erwartungen gerecht werden. Was aus therapeutischer Sicht angebracht wäre, entspricht manchmal nicht den Wünschen der Patientinnen und Patienten. Und die Wünsche der Patientinnen und Patienten können manchmal aus ökonomischen Gründen nicht umfänglich erfüllt werden. Es gilt, im Team pragmatische und dem einzelnen Menschen angepasste Lösungen zu finden.

Was die Formen der Verabreichung betrifft, so ist die Ausgangslage je nach Leistungsauftrag der Institution unterschiedlich. Im Zentrumsspital werden ca. 5 – 8 % aller Patientinnen und Patienten per Sonde oder parenteral ernährt. Wenn in einem Unternehmen solche Ernährungsformen angewandt werden, so sind auch dazu Massnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung zu treffen.

Zu 2

Ein Konzept regelt die Herstellung und Verteilung der Nahrung und befasst sich mit der Anamnese, dem körperlichen Assessment und der Diagnose von Ernährungsproblemen.

Das Unternehmen regelt, wer die Anamnese und das Assessment durchführt, wer die Diagnose stellt, wie und durch wen diese Informationen dokumentiert werden und wer allfällige Konsequenzen daraus zu ziehen hat.

Das Ernährungskonzept wird im Unternehmen kommuniziert und ist bekannt. Dessen Grundzüge werden den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen in geeigneter Form vermittelt.

Das Ernährungskonzept kann sich im Endausbau mit den Bedürfnissen aller Menschen befassen, welche von der Spitalküche versorgt werden, und sämtliche Kostformen berücksichtigen. Für die ersten Phasen der Arbeiten an diesem Standard ist eine bewusste Einschränkung der Thematik auf bestimmte "Risikogruppen" zu empfehlen.

Zu 3

Mit dem Ernährungskonzept wird angestrebt, insbesondere bei soziokulturell und religiös begründeten Bedürfnissen die Menugestaltung anzupassen. Nach Möglichkeit soll den Bedürfnissen und Gewohnheiten unterschiedlicher Altersgruppen / Personengruppen (Säuglinge, Kinder, Jugendliche, stillende Mütter, älterer Menschen) Rechnung getragen werden.

Zu 4

Die im Ernährungskonzept eingebundenen Berufsgruppen (Ernährungsberatung, Küche, Hotel-lerie, aber auch Ärzteschaft und Pflegefachpersonen,) werden ihren Aufgaben entsprechend fort- und weitergebildet.

Literatur

DGE, Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2014): Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen, 3. Auflage (http://www.fitimalter-dge.de/service/medien.html?eID=dam_frontend_push&docID=1622)

STEIN J., JAUCH K.W. (2003): Praxishandbuch klinische Ernährung und Infusionstherapie, S. 3-20 Springer Berlin Heidelberg

IMBERDORF R., KÜNDIG A., HALLER A., BALLMER P. E. (2003): Praxis der enteralen Ernährung. Schweiz Med Forum Nr. 16; 16. April 2003, S. 374 - 381

HALLER A., RÜHLIN M., IMBERDORF R., BALLMER P. E. (2003): Grundlagen und Praxis der parenteralen Ernährung. Schweiz Med Forum Nr. 17; 23. April 2003, S. 397 - 402.

BECK A.M., BALKNÄS U. N., FÜRST P., HASUNEN K., JONES L., KELLER U. et al. (2001): Food and nutritional care in hospitals : how to prevent undernutrition – report and guidelines from the Council of Europe. Clinical Nutrition (2001) 20(5): 455-460

BIANCHI J. (2001): Malnutrition, troubles de la marche et de l'équilibre et risque de déclin fonctionnel et de décès dans une population âgée hospitalisée. Diss. Med. Universität Bern, 43 Seiten.

JENSEN AMELLA E. et al. (2001): Ess- und Ernährungsprobleme bei alten Menschen: Einschätzung und Umgang. In: Abraham Ivo et al. , Hrsg. (2001): Pflegestandards für die Versorgung alter Menschen. Huber, Bern Göttingen etc. S. 51 – 62

DIETSCHY M. P. (2000): Chutes et malnutrition protéino-énergétique chez les adultes âgés vivant dans la communauté: étude prospective. Thèse méd. Genève 57 Seiten

JAUCH K.-W. , Hrsg. (2000): Aktuelle Aspekte der perioperativen Ernährung und des Ernährungsaufbaus. Chirurgische Gastroenterologie. Basel, Karger 2000, 63 Seiten,

PERTOLDI W. (1998): Malnutrition: Prévalence dans une population âgée hospitalisée et potentiellement non mal nourrie et relations avec les coûts et la durée d'hospitalisation. Thèse Genève 1998, 152 pages

ROSENTHAL R.(1997): Ernährungsgewohnheiten und Mangelernährung bei stationären intern-medizinischen Patienten. Diss. Basel 1997, 52 S

MÜLLER G. S. (1995): Prädiktiver Wert von ernährungsabhängigen Parametern in Bezug auf Überlebenszeit und Mortalität bei geriatrischen Patienten. 39 Seiten Diss. Med. Basel

ROMAGNOLI-JUILLARD A. (1989): Malnutrition en gériatrie: incidence et pronostic, 26 Seiten Thèse méd. Genève

Standard 16: Frauenklinik

| Standardelement | Bewertungskriterium |
|--|--|
| 1. Für die Frauenklinik existiert ein Konzept zur Qualitätssicherung und -förderung in der Gynäkologie, in der Geburtshilfe und im Wochenbett. Das Konzept ist von der Geschäftsleitung genehmigt und gilt für alle an der Frauenklinik tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (einschliesslich der Belegärztinnen, Belegärzte und der Beleghebammen). | <ul style="list-style-type: none"> – Das Konzept zur Qualitätssicherung und -förderung in der Gynäkologie, in der Geburtshilfe und im Wochenbett ist vorhanden. – Das Konzept ist von der obersten operativen Entscheidungsinstanz des Spitals genehmigt. – Das Konzept ist den Mitgliedern des Teams bekannt und umgesetzt. – Das Konzept wird periodisch auf seine Aktualität überprüft. Nachweise sind vorhanden. |
| 2. Diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozesse werden strukturiert bearbeitet, beschrieben, instruiert und als verbindlich erklärt. | <ul style="list-style-type: none"> – Für häufige und/oder kritische Problemstellungen sind Richtlinien und Pflegestandards vorhanden. – Die Umsetzung wird überprüft. – Richtlinien und Standards werden regelmässig auf ihre Tauglichkeit und Aktualität überprüft. |
| 3. Alle Patientinnen, alle zur Geburt eintretenden Frauen bzw. deren Angehörige 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Eine Ausbildung in der Führung von Informationsgesprächen findet regelmässig statt. – Standardisierte Anleitungen zur Aufklärung über ausgewählte Eingriffe sind verfügbar – Diese Anleitungen werden eingesetzt. – Es sind schriftliche Regeln für den Fall vorhanden, dass Patientinnen bzw. Angehörige 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 Fallbesprechungen und Komplikationenkonferenzen statt. Die Ergebnisse werden schriftlich festgehalten. | <ul style="list-style-type: none"> – Alle Besprechungen und Konferenzen stehen allen am Prozess beteiligten Berufsgruppen zur Teilnahme offen. – Protokolle sind vorhanden. |
| 5. Die Frauenklinik führt ein Monitoring ausgewählter Indikatoren betreffend Abklärung, Aufklärung, Behandlung und Betreuung durch. Erkannte und formulierte Verbesserungsmassnahmen aus den Auswertungen des Monitoring werden umgesetzt. | <ul style="list-style-type: none"> – Indikatoren sind definiert. – Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt im Team. – Die Umsetzung von Massnahmen wird überprüft. Die Zielerreichung wird gemessen. – Mindestens alle 12 Monate erfolgt eine Evaluation. |

Standard 16: Frauenklinik

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

In vielen Spitälern der Schweiz wird die Frauenheilkunde organisatorisch nicht in Gynäkologie und Geburtshilfe unterteilt, sondern es gibt eine Abteilung oder Klinik, deren Team sowohl für die gynäkologische als auch für die geburtshilfliche Versorgung und auch für das Wochenbett zuständig ist. In einigen grossen somatischen Akutspitälern der Schweiz gibt es sowohl eine Klinik für Geburtshilfe als auch eine gynäkologische Klinik, und die Rotation der Mitarbeitenden zwischen den Kliniken ist aber zur Sicherung der Weiterbildung gewährleistet.

Das Qualitätsmanagement an der Frauenklinik muss, wie in allen anderen Fachbereichen, die folgenden vier klassischen „Säulen“ umfassen:

1. Standardisierung von Prozessen oder Teilprozessen: Diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozesse werden strukturiert bearbeitet, beschrieben, instruiert und als verbindlich erklärt.
2. Patientinnenaufklärung: Alle Patientinnen bzw. deren Angehörige 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.
3. Produktiver Umgang mit Komplikationen und kritischen Zwischenfällen: Im Team finden periodische Besprechungen von aufgetretenen Problemen, kritischen Zwischenfällen, Komplikationen statt.
4. Monitoring ausgewählter Indikatoren: Die Klinik führt ein Monitoring ausgewählter Indikatoren betreffend Abklärung, Aufklärung, Behandlung und Betreuung durch. Erkannte und formulierte Verbesserungsmaßnahmen aus den Auswertungen des Monitoring werden umgesetzt.

Messen der Zielerreichung

Es steht eine Vielzahl möglicher Indikatoren zur Verfügung. Als externe Messorganisation bietet sich die Statistik der Arbeitsgemeinschaft schweizerischer Frauenkliniken ASF an, welche seit 1983 besteht und mit welcher die meisten Frauenkliniken der Schweiz zusammen arbeiten.

Weitere Indikatoren wurden beispielsweise vom American College of Obstetrics and Gynecology definiert. Auch der Verein Outcome Zürich bietet einen Indikator „Geburtshilfe-Sectio“ an.

Beispiele von Messthemen:

- Postoperative Komplikationen
- Hysterektomien bei uterus myomatosus unter 280 gr.
- Zufriedenheit der Mutter mit der Geburt
- Mastitis-Häufigkeit
- Nahtdehiszenz
- Perinatale Mortalität
- Art und Häufigkeit der medizinischen Interventionen in den Geburtsvorgang
- Stillverhalten
- Postpartale Komplikationen
- Überprüfung der Sectio-Indikationsqualität

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Ein Konzept für das Qualitätsmanagement in der Frauenklinik beschreibt insbesondere:

- den Leistungsauftrag der Klinik und seine Konsequenzen für die Qualitätsentwicklung;
- die Grundsätze in der Auswahl, Umsetzung und Evaluation von Richtlinien, Guidelines, Pflegestandards etc.
- wie die Klinik mit kritischen Zwischenfällen, Komplikationen, Fehlern und Beschwerden umgehen will.

Der Einbezug von Belegärztinnen und Belegärzten bzw. von Beleghebammen in das Qualitätsmanagementsystem ist unerlässlich. Das Konzept gilt auch für sie. Also sollten sie in die Vernehmlassung einbezogen worden sein und ihre Zustimmung zum Konzept erteilt haben. Die Leistungsqualität einer Klinik ist das Produkt aller Mitwirkenden. Wenn ein Belegarzt oder eine Beleghebamme die für die Klinik verbindlichen Qualitätsrichtlinien missachtet, kann sie nicht nur die Reputation der gesamten Klinik gefährden, sondern auch ein erhöhtes Risiko für Patientinnen und Teamangehörige darstellen. Die Klinikleitung tut deshalb gut daran, die Verbindlichkeit des Qualitätskonzepts auch in den Verträgen mit dem Belegpersonal festzuhalten.

Zu 2

Als Grundlage der Bearbeitung dieses Standardelements können unter anderem die Guidelines der Kommission Qualitätssicherung der „gynécologie suisse“ dienen. Das Team der Klinik wird bei klinischen Entscheidungen grundsätzlich die Empfehlungen der Guidelines berücksichtigen.

Zu 3

Die Bemühungen, die Patientinnen zu informieren, erschöpfen sich nicht darin, dafür zu sorgen, dass dem Gesetz Nachachtung verschafft wird. Orientierungspunkt ist das *Ideal* der mündigen, selbst bestimmten Patientin. Die Patientin wird über Wesen, Bedeutung und Tragweite der beabsichtigten Massnahme so unterrichtet, dass sie eine eigenverantwortliche Entscheidung treffen kann. Die Patientin weiss nach der Information, worum es bei dieser Massnahme geht und wie die Erfolgsaussichten und Gefahren einzuschätzen sind.

Zu 4

Komplikationen, kritische Zwischenfälle, Beschwerden und weitere festgestellte Qualitätsdefizite werden als Möglichkeit zum gemeinsamen Lernen genutzt. Dazu braucht es Spielregeln und institutionalisierte Gefässe, wie beispielsweise Komplikationenkonferenzen. Diese Angebote sollten allen Teamangehörigen, unabhängig von Berufszugehörigkeit, Status und Fachdisziplin, zur Teilnahme offen stehen. Die Besprechungen sollten vorbereitet, moderiert und protokolliert werden.

Zu 5

In den meisten Frauenkliniken sind Ergebnisse aus der ASF-Statistik, aus Outcome-Messungen, aus Qualitätsprojekten und Erhebungen zur Patientinnenzufriedenheit verfügbar, und dies manchmal für mehrere Jahre. Es geht nun darum, eine Auswahl und Beschränkung vorzunehmen, um ein übersichtliches „Quality-Dashboard“ zu erstellen. Ziel ist es, mit Indikatoren darzustellen, in welchem Ausmass die Klinik ihre Qualitätsziele erreicht.

Literatur

- **American College of Obstetrics and Gynecology:** Gynecologic Clinic Indicators
- **American Academy of Pediatrics (1992 ³):** Guidelines for Perinatal Care. 3rd ed.
- **FEHR Rolf Peter (1994):** Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe. Eine prospektive vergleichende Studie der Standardeingriffe abdominaler Hysterektomie, vaginale Hysterektomie und Sectio caesarea anhand gesamtschweizerischen Zahlen aus der Statistik der Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken ASF, sowie speziell der Daten aus der Frauenklinik des Kantonsspital Schaffhausen. 45 Seiten + Anhänge. Diss Universität Basel, Schaffhausen
- **gynécologie suisse:** Guidelines. Siehe: www.sggg.ch
- **gynécologie suisse:** Expertenbriefe. Siehe: www.sggg.ch
- **HALLER U., WELTI S., HAENGGI D., FINK D. (2005):** Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur in der Medizin. Risiken, Fehler und Patientensicherheit. Schweizerische Ärztezeitung 2005;86:27, p 1665- 1679, speziell p. 1675 ff. Pilotprojekte der SGGG
- **POK J, WYSS P., HONEGGER C. im Namen der Kommission Qualitätssicherung der gynécologie suisse (2007):** Leitfaden zum ärztlichen Aufklärungsgespräch. Schweizerische Ärztezeitung 2007;88:7, p 266-267
- **TUCKER Susan Martin, Hrsg. (2000):** Pflegestandards in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber, 203 Seiten, (Amerikanische Originalausgabe von 1996)
- **UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Geburtshilfe (2006):** Handbuch Geburtshilfe. 444 Seiten. Zürich 2006

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

| Standardelement | Bewertungskriterium |
|---|---|
| 1. Beschwerden und Wünsche von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen werden systematisch erfasst, ausgewertet, kommentiert und zur Qualitätsförderung genutzt. | <ul style="list-style-type: none"> – <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 spitalintern und extern informiert.</i> |
| 2. Die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige werden über die Möglichkeit, Beschwerden und Wünsche anzubringen, informiert. | <ul style="list-style-type: none"> – Patientinnen und Patienten sowie Angehörige werden auf Beschwerdemöglichkeiten hingewiesen. – <i>Es stehen Hilfsmittel (Formular, Briefkasten, spezielle Ansprechperson) zur Verfügung.</i> |
| 3. Ein Konzept regelt, wer seitens des Spitals 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Es besteht ein Konzept zum Umgang mit Wünschen und Beschwerden – Die Zuständigkeiten sind geregelt. – <i>Betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Patientinnen und Patienten werden in die Umsetzung einbezogen.</i> |

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

Erläuterungen zum Standard:

Vorbemerkungen

Dieser Standard befasst sich mit Beschwerden von Patientinnen und Patienten und/oder deren Angehörigen. Beschwerden und Wünsche von Zuweisern und Partnern im Betreuungsnetz sowie von Mitarbeitenden des Spitals sind nicht Gegenstand dieses Standards.

Der Standard 17 (Umgang mit Beschwerden und Wünschen) und der Standard 2 (Erhebung von Patientenurteilen) weisen Ähnlichkeiten auf. In manchen Spitälern werden beide Standards vom selben Team bearbeitet werden. Es ist allerdings nicht beabsichtigt, den Standard 2 durch den Standard 17 zu konkurrenzieren. Der Standard 17 stellt eine notwendige Ergänzung zum Standard 2 dar.

Einleitung

Beschwerden können als unangenehm oder als unangebracht empfunden werden. Es ist deshalb denkbar, dass solche Kritik nicht ernst genommen oder verdrängt wird. Qualitätssicherung und Qualitätsförderung verlangen einen Wandel in der Einstellung: Beschwerden werden nicht mehr nur als „Übel“ betrachtet, sondern als Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten.

Unter einer Beschwerde verstehen wir den mündlichen oder schriftlichen Ausdruck von Unzufriedenheit einer Patientin oder eines Patienten bzw. von Angehörigen mit einer oder mehreren Leistungen des Spitals. Dabei wird vorerst weder nach der Form, in welcher die Beschwerde vorgebracht wird, dem Zeitpunkt sowie dem Empfänger bzw. der Empfängerin der Beschwerde unterschieden. Hingegen ist wichtig, dass die Beschwerde tatsächlich eine oder mehrere Leistungen des Spitals betrifft und nicht beispielsweise eine allgemeine Unzufriedenheit mit der Gesundheitspolitik oder dem Versicherungssystem zum Ausdruck bringt.

Wenn Patientinnen und Patienten keine Beschwerden vorbringen, so bedeutet dies nicht immer, dass sie mit den Leistungen des Spitals zufrieden sind. Oft gibt es Unzufriedenheit, die sich in Stillschweigen hüllt und in Resignation endet. Und es braucht andererseits ein gewisses Vertrauen in den guten Willen eines Teams und in die Wandlungsfähigkeit eines Spitals, damit ein Beschwerdeführer oder eine Beschwerdeführerin sich darauf einlässt, die Kommunikation mit dem Spital aufzunehmen. Mit anderen Worten: eine für das Spital und seine Mitarbeitenden fruchtbare Beschwerde setzt auf Seiten des Beschwerdeführers bzw. der Beschwerdeführerin ein gewisses Mass an Vertrauen in die Leitung und das Personal des Spitals voraus. Dieses Vertrauen gilt es ebenfalls zu schaffen, zu erhalten und zu fördern.

Ziele des Beschwerdemanagements

Aus der Sicht des Qualitätsmanagements steht die Informationsgewinnung als Ziel im Vordergrund. Beschwerden können zur Vermeidung von Risiken und zur Nutzung von Verbesserungsmöglichkeiten beitragen und somit als Frühwarnsignale wirken. Wünsche können Hinweise auf Angebotslücken oder mögliche Wettbewerbsvorteile enthalten.

Aus der Sicht der Patientenorientierung dient der richtige Umgang mit Beschwerden und Wünschen zur Vermeidung von Unzufriedenheit bzw. zur Wiederherstellung von Zufriedenheit.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Der Umgang mit Beschwerden und Wünschen darf sich nicht auf die Entgegennahme und Quitarung beschränken, sondern umfasst verschiedene Etappen eines Prozesses. Wir unterscheiden im wesentlichen drei Etappen, nämlich den Eingang (Entgegennahme, Datenerfassung, Kategorisierung, Triage, eventuelle Weiterleitung an die zuständige Stelle), die Bearbeitung (Abklärungen, Informationen sammeln, Identifikation der Ursache, Analyse, Problemlösungsvorschläge) und den Ausgang (Antwort an den Beschwerdeführer und Information der Betroffenen im Haus, Dokumentierung, Archivierung, Konzipierung von Massnahmen, Umsetzung, Ausführungskontrolle).

Dieser Prozessablauf wird durch zwei Arten von Kontrollvorgängen begleitet:

- a. Die interne Kontrolle bezieht sich auf die Qualität der Entgegennahme, Bearbeitung und Beantwortung der Beschwerden und Wünschen und überwacht die Einhaltung von vorgegebenen Fristen und Richtlinien.
- b. Die Ausführungskontrolle überwacht, ob Massnahmen zur Behebung festgestellter Mängel und Defizite umgesetzt werden und tatsächlich auch greifen.

Zu 2

Weil das Spital ein grosses Interesse daran hat, allfällige Unzufriedenheit zu erfahren, und weil bei manchen Patientinnen und Patienten und deren Angehörige die objektiven und subjektiven Hemmungen, dem Spital gegenüber Beschwerden und Wünsche anzubringen, gross sind genügt die alleinige passive Entgegennahme von Beschwerden (z. B. mittels Beschwerdebrieffkasten) nicht. Das Spital sollte aktiv über die Möglichkeiten informieren, Beschwerden und Wünsche anzubringen, und es sollte auch konkrete Hilfestellungen leisten (z. B. Formulare, Sprechstunde, Sorgentelefon, Ombudsstelle.).

Zu 3

Das Konzept regelt nicht nur, durch wen und auf welche Weise die Beschwerdedaten aufbereitet und interpretiert werden, sondern wie spitalintern und vor allem auch spitalextern über Beschwerden und Wünsche und ihre Bearbeitung informiert wird und wie die Mitarbeitenden für den richtigen Umgang mit Beschwerden und Wünschen ausgebildet werden.

Die Frage, wie und in welchem Ausmass Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige und die Mitarbeitenden in die Umsetzung von Verbesserungen einbezogen werden, gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben im Umgang mit diesem Thema. Im Spital (und noch stärker in den Langzeitpflegeeinrichtungen und Heimen) besteht meist ein starkes Abhängigkeitsverhältnis zwischen Patientinnen und Patienten und Leistungserbringern. In der Regel sind die Patientinnen und Patienten des Spitals (bzw. des Heims) hilfsbedürftig und können den Anbieter einer Dienstleistung nicht ohne weiteres wechseln. Sie befinden sich also meist in einer ausgesprochen schwachen Position. Es ist folglich von Seiten des Spitals Entgegenkommen notwendig, um Zufriedenheit unter Einbezug der Patientinnen und Patienten wieder herstellen zu können.

Andererseits weisen Spitäler heute manchmal eine stark hierarchische und arbeitsteilige Struktur auf. Die Verantwortung für festgestellte Fehler oder Qualitätsdefizite lässt sich in solchen Strukturen leicht von oben nach unten bzw. von unten nach oben, oder wahlweise auf „die Verwaltung“, „die Pflege“, „die Ärzte“ abschieben. Umso wichtiger ist es, bei der Konzipierung und Umsetzung von Massnahmen möglichst alle betroffenen Ebenen, Berufsgruppen und Fächer frühzeitig einzubeziehen.

Literatur

- **HOFFMANN Achim (1991):** Die Erfolgskontrolle von Beschwerdemanagement-Systemen. Theoretische und empirische Erkenntnisse zum unternehmerischen Nutzen von Beschwerdeabteilungen. Diss. Hannover 1990 Verlag P. Lang, Bern, Frankfurt /M. 271 Seiten
- **KIRCHNER Helga (2002):** Beschwerdemanagement im Pflorgeteam. Fallbeispiele und Trainingsprogramme für die Praxis. Kohlhammer Pflege 189 Seiten
- **SCHÖBER Peter (1997):** Organisatorische Gestaltung von Beschwerdemanagement-Systemen Diss. Hannover 1996 Verlag P. Lang, Bern, Frankfurt /M. 320 Seiten

Standard 18: Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten

| Standardelement | Bewertungskriterium |
|--|--|
| 1. Das Spital verfügt über Verfahrensregeln, um verwirrte Patientinnen und Patienten zu identifizieren und diagnostisch einzuordnen. | <ul style="list-style-type: none"> – Die Verfahrensregeln für den Umgang mit verwirrten Patientinnen und Patienten sind vorhanden. – Die Regeln sind von der Spitalleitung genehmigt worden. – Die Zusammenarbeit mit der Konsiliarpsychiatrie ist schriftlich geregelt. – Testinstrumente stehen zur Verfügung, wurden instruiert und sind bekannt. |
| 2. Es bestehen Handlungsleitlinien zur Vorbeugung von akuten Verwirrheitszuständen sowie zur Behandlung verwirrter Patientinnen und Patienten. | <ul style="list-style-type: none"> – Eine Liste der Risikomedikamente ist vorhanden und wurde instruiert. – Handlungsleitlinien zur Prävention von akuten Verwirrheitszuständen sind für ausgewählte mögliche Ursachen erarbeitet. – 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Pflegestandards sind für die häufigsten Verwirrungs Zustände vorhanden. – 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 Spital umschreibt, was unter freiheitseinschränkenden Massnahmen zur Vermeidung von körperlichen und psychischen Verletzungen zu verstehen ist und regelt deren Indikation, Durchführung, Überwachung, Information und Dokumentation. | <ul style="list-style-type: none"> – Eine Umschreibung freiheitseinschränkender Massnahmen ist vorhanden. – Die Umschreibung ist den Mitarbeitenden bekannt. – Die Umschreibung wurde von der obersten operativen Entscheidungsinstanz des Spitals genehmigt. Der Ablauf ist geregelt. Die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen wurden geklärt und sind den beteiligten Mitarbeitenden bekannt. – Die Massnahmen wurden protokolliert. Die Protokolle sind vollständig und einheitlich. |
| 5. Die Verfahrensregeln, Handlungsleitlinien und Massnahmen werden kontinuierlich evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluation werden spitalintern kommuniziert. | <ul style="list-style-type: none"> – Ergebniskriterien sind definiert, wurden erhoben und dokumentiert. – Auswertungen liegen vor und wurden kommentiert. – Protokolle der Auswertungssitzungen sind vorhanden. |

Standard 18: Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Akut verwirrte Patientinnen und Patienten sind oft eine grosse Herausforderung für die Betroffenen selber, für ihre Angehörigen und für die Institution. Die Begriffe „verwirrter Patient“ oder „Verwirrtheit“ sind unscharf. Verwirrtheit drückt sich aus in zeitlicher, örtlicher, situativer und persönlicher Desorientierung. Kognitive Funktionen (Auffassung, Verständnis, logisches, schlussfolgerndes Denken) und praktische Fertigkeiten (zum Beispiel „sich Ankleiden“) können beeinträchtigt sein. Gemeinsam ist allen verwirrten Patientinnen und Patienten, dass ihr Zustand ein Sicherheitsrisiko für sie selber und für ihre Umgebung darstellen kann. Verschieden sind hingegen die Ursachen der Verwirrung und die sich daraus ergebenden Behandlungen und Massnahmen in der Pflege und Behandlung.

Auch wenn eine sofortige diagnostische Zuordnung nicht immer möglich ist und Beziehungen zwischen akuter Verwirrtheit und der Verwirrtheit infolge von Demenz nachgewiesen worden sind, zielt dieser Standard in erster Linie auf die akute Verwirrtheit und befasst sich nicht mit der anhaltenden Verwirrtheit als Folge einer Demenz.

Die akute Verwirrtheit kann allein Folge einer der unten aufgelisteten Ursachen sein. Manchmal sind auch Kombinationen mehrerer Faktoren im Spiel. Ein Merkmal der akuten Verwirrtheit ist, dass sie nach Behandlung der Ursache meist reversibel ist.

Die folgende Liste möglicher Ursachen ist nicht abschliessend:

- Entzug oder Vergiftung (Barbiturate, Benzodiazepine, Opiate, Alkohol, Psychopharmaka, Phytotherapeutika);
- Medikamentenbehandlung;
- Zustand nach Operation
- Infektionen (inkl. HIV) v. a. mit Fieber;
- Retentionsblase;
- Metabolische Störung (Elektrolytstörung, Hypo- bzw. Hyperglykämie, Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz, Anämie etc.);
- Dehydratation;
- Schlechter Ernährungszustand;
- Kardiovaskuläre Krankheiten (Myokardinfarkt, Linksherzinsuffizienz, kardiale Arrhythmie, Lungenembolie);
- Störungen des Zentralen Nervensystems (Zerebrale und periphere Hypoxie, Schädelhirntrauma, Cerebrovaskulärer Insult, Meningitis, Enzephalitis, Tumor, Blutung, Abszess, etc.);
- Akute psychische Erkrankung;
- Nebenwirkung normal dosierter Medikamente (z.B. Benzodiazepine, Neuroleptika, etc.)
- hohes Alter

Nicht selten tritt ein Verwirrheitszustand auf, wenn einer der oben aufgelisteten Faktoren zusätzlich zu einer vorbestehenden, chronischen Hirnschädigung oder einer leichten Demenz wirksam wird.

In erster Linie ist eine rasche diagnostische Einordnung der Verwirrtheit notwendig. Gleichzeitig wird eine kausale und/oder symptomatische Behandlung und Pflege eingeleitet. Dabei geht es u. a. auch um die Sicherheit der Patientin bzw. des Patienten und der Behandlungsumgebung.

Aus der Sicht des Qualitätsmanagements ist dieses Thema von Interesse, weil der optimale Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten eine intensive Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und Fachdisziplinen voraussetzt. Qualitätssicherung im Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten bedeutet, dass sich die beteiligten Berufsgruppen und Disziplinen auf bestimmte Vorgehensweisen, Methoden und Massnahmen einigen, eine klare Aufgabenzuordnung vornehmen und Vereinbarungen über die periodisch durchzuführende gemeinsame Beurteilung der Zielerreichung treffen.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Die für die wirksame Umsetzung dieses Standards erforderliche interdisziplinäre Zusammenarbeit setzt einen Konsens der beteiligten Fachbereiche und Berufsgruppen über Verfahrensregeln und Vorgehensweisen voraus.

Identifikation und Diagnose müssen durch die verantwortlichen Ärzte und Pflegepersonen möglichst frühzeitig und rasch erfolgen. Primär wird der akute Verwirrungszustand mit organischem Hintergrund von funktionellen Störungen abgegrenzt. Entscheidend kann die rechtzeitige Erkennung des Bedarfs nach einem psychiatrischen Konsilium sein. Eine fachpsychiatrische Beurteilung sollte ohne grosse Umstände und rasch möglich sein. Hinweise auf das Risiko einer Verwirrung von Seiten des Hausarztes, der Spitex und der Angehörigen sind ernst zu nehmen. Pflegende sind in der Früherkennung der Verwirrungszustände sorgfältig zu schulen.

Es ist unter Umständen hilfreich, wenn Mini-Mental State Examination (nach FOLSTEIN et al. 1975), NEECHAM Confusion Scale und weitere ähnliche Instrumente zur Diagnosestellung und Beurteilung des Schweregrades der Symptome eingesetzt werden.

Zu 2

Zu den vorbeugenden Massnahmen gehört die regelmässige Weiterbildung für Ärzte und Pflegende über Verwirrungszustände auslösende Faktoren. Dazu zählen u.a. bestimmte Medikamente, akute Erkrankungen und verschiedene Umgebungsfaktoren. Zu den vorbeugenden Massnahmen gehört das Führen und Bekanntmachen einer Liste von Risikomedikamente, d. h. von Medikamenten mit einer nachweislich höheren Inzidenz für Verwirrung. Im weiteren begünstigen Hydratationszustand, intensivmedizinische Behandlung und die Schwere des Eingriffs die Auslösung von Verwirrung. Zudem sind Patientengruppe (Ältere, Polymorbide) anfälliger. Auch muss darauf geachtet werden, dass für Risikopatienten eine möglichst stressfreie, ruhige und reizarme Umgebung geschaffen wird. Eine wichtige Rolle kann die Regelmässigkeit im Tagesablauf und die Kontinuität und Konstanz in der Behandlung und Pflege spielen.

Die Behandlung orientiert sich an Leitlinien oder Handlungsrichtlinien. Diese werden periodisch evaluiert und falls notwendig revidiert.

Zu 3

Pflegende arbeiten mit Pflegestandards und Handlungsleitlinien. Die Einhaltung der Pflegestandards und Handlungsrichtlinien wird regelmässig überprüft.

Angehörige werden über mögliche Ursachen, den zu erwartenden Verlauf und die getroffenen Massnahmen informiert. Sie werden nur in die Betreuung einbezogen, nachdem sie von Pflegenden angeleitet worden sind und der/die Patientin damit einverstanden ist, bzw. von deren Einverständnis ausgegangen werden kann.

Zu 4

Bei Gefahr von Selbst- oder Fremdgefährdung sind freiheitseinschränkende Massnahmen manchmal unerlässlich. Der Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen ist im Standard 30 näher umschrieben. Beispiele für solche Massnahmen sind Bettgitter (einseitig und beidseitig), Schlupfsack (ZEWI-Decke), Bettgurt, Rollstuhlfixation (Becken/Rücken), so genannte „Rollstuhltherapie-Tische“, verschlossene Fenster und Türen, medikamentöse Ruhigstellung.

Der Ablauf von der Indikationsstellung bis zur Aufhebung wird geregelt. Die entsprechenden Kompetenzen, Verantwortlichkeiten, Informationswege und Dokumentationspflichten werden verbindlich festgehalten. Wichtige Punkte sind dabei die Information der Betroffenen und deren Angehörige, die Art und Periodizität der Überprüfung, ob eine Massnahme noch notwendig ist, die Zuordnung der Kompetenz, eine Massnahme zu lockern oder wieder aufzuheben.

Zu 5

Dieses Standardelement postuliert die Vollendung des Qualitätsregelkreises P-D-C-A. Es werden Ergebniskriterien definiert, und diese werden periodisch erhoben, ausgewertet und kommentiert. Es wird festgestellt, wo noch Optimierungsbedarf besteht, und es werden entsprechende Massnahmen konzipiert und umgesetzt. Über die Arbeiten an diesem Standard wird spitalintern regelmässig berichtet.

Über die Arbeiten an diesem Standard wird spitalintern regelmässig berichtet, und zwar hauptsächlich aus folgenden Überlegungen:

1. Weil es sich um ein Thema handelt, das komplexe Formen der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit erfordert, ist es wichtig, dass die oberste operative Entscheidungsinstanz des Spitals laufend informiert und beteiligt wird;
2. Der Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten wird routinemässig in möglichst allen pflegerischen, therapeutischen und ärztlichen Aus- und Weiterbildungsangeboten thematisiert.

Literatur

- **Arbeitsgruppe Delir Inselspital Bern (ALLEMANN Peter, EIGENMANN Verena, HAGI Caroline, IMMER Alexandra, IMMER Franz, ROHRBACH Erich, STANGA Zeno (2010):** Leitfaden zur Prävention und Behandlung von Delirien bei erwachsenen, hospitalisierten Patienten. Für Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte am Inselspital Bern, 18 Seiten. Aktualisierte und erweiterte Fassung. Bern, Januar 2010. Kontaktadresse : Direktion Pflege MTT 031 632 07 92, dpmttfachentwicklung@insel.ch
- **BERGER Pascal (1999):** Etude prospective des syndromes confusionnels (Delirium) du sujet âgé: suivi longitudinal sur une année. Diss. Méd. Lausanne, 79 pages
- **DEPENBUSCH G.. (1996):** Pflege und Begleitung des verwirrten Patienten. Stuttgart: Georg Thieme 1996
- **GALLINAT J., MÖLLER H.J., MOSER R.L., HEGERL U. (1999):** Das postoperative Delir. Anästhesist, 48, S. 57-518
- **GLAUS HARTMANN Marlis (2000):** Verwirrung. In: **KÄPPELI** Silvia , Hrsg. (2000): Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Bd. 3, Huber, Bern S. 73 – 98
- **INOUE SK, BOGARDUS ST Jr, CHARPENTIER PA, et al. (1999):** A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med 1999;340:669-676.
- **MÜLLER C., TSCHANTZ P. (1994):** Delirium post-opératoire chez la personne âgée: facteurs favorisants. Thèse Université de Genève 1994
- **OSTERBRINK Jürgen, MAYER Herbert, EWERS André, FIEDLER Christine, HASLBECK Jörg, WIRTH I., WODERL Andrea, HANNICH Hans-Joachim, KRIAN Arno, et. al. (2004):** Akute postoperative Verwirrtheit kardiochirurgischer Patienten. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 98, Heft 9 12-2004, Seiten 761-765

Standard 20: Rettungsdienst

| Standardelement | Bewertungskriterium |
|--|--|
| 1. Der Rettungsdienst verfügt über ein Konzept, in welchem festgelegt ist, wie Patientinnen und Patienten fachtechnisch korrekt gerettet, medizinisch versorgt und betreut werden. | <ul style="list-style-type: none"> – Ein Konzept zum Rettungsdienst ist vorhanden. – Das Konzept ist den Mitarbeitenden des Rettungsdienstes und den spitalinternen Partnern bekannt und umgesetzt. – Das Konzept ist inhaltlich mit den Bestimmungen über die Anerkennung von Rettungsdiensten des IVR abgestimmt. – Die IVR-Anerkennung ist erreicht, bzw. wird angestrebt. |
| 2. Das Konzept umfasst Regeln und Algorithmen sowie Ergebniskriterien zur Beurteilung der Primär- und Sekundäreinsätze. | <ul style="list-style-type: none"> – Algorithmen für Primär- und Sekundäreinsätze sind verfügbar. – Die Algorithmen werden angewendet und periodisch überprüft. – Jedes Mitglied des Rettungsdienstes verfügt über eine schriftliche Erlaubnis, die in einer persönlichen Kompetenzliste aufgeführten Handlungen und Medikamentenapplikationen im Notfall ärztlich delegiert selbständig auszuführen. – Rettungspersonal, Ärztinnen und Ärzte kennen ihre Kompetenzen und Zuständigkeiten. |
| 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Spitalexterne Partner sind in die Umsetzung der Konzepte eingebunden (z.B. Feuerwehren, Hausärzte, Polizei). – Rettungs- und Bergungsmaterial ist mit den Partnerorganisationen abgestimmt |
| 4. Rettung und Betreuung achten die Würde und Integrität der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen haben ein Recht auf situationsgerechte Information und Beratung. Sie werden in Entscheidungen über Behandlungen und Transporte nach Möglichkeit einbezogen. | <ul style="list-style-type: none"> – Patientenrechte sind bekannt und werden instruiert. Auskunftspersonen wissen Bescheid. – Patientenzufriedenheit wird erhoben und ausgewertet. Ergebnisse sind bekannt, wurden analysiert, allfällige Massnahmen wurden ergriffen und umgesetzt. |
| 5. Im Konzept sind Weiterbildung des Teams und fachliche und psychologische Debriefings berücksichtigt. | <ul style="list-style-type: none"> – Ein Weiterbildungskonzept liegt vor und wird umgesetzt. Nachweise liegen vor. – Nachbesprechungen im Team finden statt. – Vorkehrungen für psychologische Debriefings sind getroffen. |
| 6. Der Rettungsdienst verfügt über Mittel, um die Einsätze zu dokumentieren und zu bewerten. | <ul style="list-style-type: none"> – Die Einsätze werden dokumentiert. Die Dokumentation wird ausgewertet. Statistiken liegen vor – Ergebniskriterien sind definiert und werden erhoben. |
| 7. Das Konzept wird regelmässig evaluiert. Die aus der Evaluation gewonnenen Erkenntnisse werden im Team bewertet und haben - wenn notwendig - Korrekturmassnahmen bzw. Anpassungen des Konzepts zur Folge. | <ul style="list-style-type: none"> – Nachweise über durchgeführte Evaluationen sind vorhanden. – Erfolgte Korrekturmassnahmen sind dokumentiert. |

Standard 20: Rettungsdienst

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Das Qualitätsmanagement im Rettungsdienst lässt sich in Anlehnung an den Qualitätsregelkreis von DEMING folgendermassen zusammenfassen:

- PLAN: Es sind schriftliche Konzepte vorhanden, in welchen die Leistungsqualität des Rettungsdienstes umschrieben ist. Diese Konzepte sind von der Geschäftsleitung der Trägerschaft des Rettungsdienstes ausdrücklich genehmigt.
- DO: Diese Konzepte sind umgesetzt. Dies geschieht unter anderem durch die ständige Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden. Der Informationsstand und die Compliance der Mitarbeitenden mit den Konzepten werden laufend überprüft.
- CHECK: Die Entwicklung der Leistungsqualität ist durch regelmässige Messungen nachzuweisen. Dazu sind die wichtigsten Teilprozesse der Rettung mittels aussagekräftiger Kennzahlen zu kontrollieren. Die Messergebnisse werden in übersichtlichen Tabellen zusammengefasst und mit Referenzwerten und zuvor festgelegten SOLL-Werten verglichen.
- ACT: Aus dem SOLL/IST-Vergleich werden der allfällige Verbesserungsbedarf ermittelt und entsprechende Massnahmen konzipiert und umgesetzt.

IVR-Anerkennung und sanaCERT-Zertifizierung

Der vorliegende Standard darf nicht im Widerspruch zu den Bestimmungen des IVR über die Anerkennung von Rettungsdiensten stehen. Wenn im Zertifizierungsverfahren der Stiftung SanaCERT Suisse unter anderem auch das Funktionieren des Qualitätsmanagements im Rettungsdienst eines Spitals bewertet wird, so will eine solche Bewertung die IVR-Anerkennung nicht ersetzen. Im Gegenteil diene nachweislich praktisch überall die Vorbereitung eines Rettungsdienstes auf die Audits von sanaCERT gleichzeitig auch der Vorbereitung auf die IVR-Anerkennung.

Das Qualitätsmanagement im Rettungsdienst beschränkt sich nicht auf die Optimierung der internen Strukturen und Abläufe eines Rettungsdienstes. Es ist die Qualität des Zusammenspiels der verschiedenen Partner in der Rettungskette, welche in erster Linie interessieren muss. Dies gilt besonders dort, wo ein Rettungsdienst als organisatorische Einheit einem Spital angegliedert ist. Das Spital ist daran interessiert, Behandlung und Betreuung bereits in der Phase vor der Notfallaufnahme zu optimieren, damit die Schnittstellen zwischen dem Rettungsdienst und der spitalinternen Versorgung möglichst reibungslos funktionieren und die Geretteten und ihre Angehörigen bei diesem ersten Kontakt mit dem Rettungsdienst als spital-eigener Organisationseinheit eine gute notfallmedizinische Versorgung und damit einen guten Eindruck vom Spital erhalten.

Das Team des Rettungsdienstes seinerseits möchte sicher sein, dass seine Leistungsqualität sowohl den Erwartungen der Geretteten und ihren Angehörigen als auch den aktuellen Richtlinien des Spitals, anderer beteiligter Rettungsorganisationen und dem neuesten fachlichen Wissensstand entspricht.

Optimierung der Rettungskette als Fernziel

In Zukunft werden vermehrt integrierte, d. h. organisationsübergreifende Behandlungspfade in den Mittelpunkt der Bemühungen um die Qualitätssicherung und -förderung zu stellen sein. Der vorliegende Standard fordert bereits heute Anstrengungen über die organisatorischen Grenzen eines Rettungsdienstes hinaus. Es leuchtet ein, dass ein qualitativ hervorragend optimierter Rettungsdienst allein nicht genügt, um den Geretteten und ihren Angehörigen eine optimale Leistungs- und Versorgungsqualität während der gesamten Behandlung zu ermögli-

chen. Die inhaltliche Ausrichtung dieses Standards auf die Optimierung der gesamten Rettungskette, einschliesslich der Notfallaufnahme und Notfallversorgung, wird längerfristig die grössten Verbesserungspotenziale aufweisen. Dabei werden Fragen nach der Angemessenheit der Behandlung und der erzielten Wirkung im Vordergrund stehen.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Als Grundlage für die Erarbeitung des Konzepts sind die Bestimmungen über die Anerkennung von Rettungsdiensten des IVR massgebend. Das Konzept kann in Form eines Qualitätshandbuchs verfasst werden, das sich auf den Rettungsdienst bezieht.

Die Angehörigen des Rettungsdienstes müssen sich an Richtlinien zur Infektionsvermeidung und Hygieneorganisation sowie zur Schmerzbekämpfung orientieren können. Ob diese Richtlinien und Massnahmen Teil dieses Konzepts für den Rettungsdienst sind oder anderswo zugänglich sind, soll im Einzelfall durch die Zuständigen entschieden werden.

Aus den weiteren Unterlagen muss hervorgehen, ob der Rettungsdienst die IVR-Anerkennung bereits erlangt hat bzw. bis wann er die Anerkennung erreichen will.

Zu 2

Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter kommen oft in die Lage, auf einer Unfallstelle, bei einem schwer Erkrankten oder einer Reanimation autonom handeln zu müssen. Dabei setzen sie notwendigerweise Medikamente (einschliesslich Narkosemittel, z. B. Ketalar) ein und führen Handlungen aus, die sonst strikte Ärztinnen oder Ärzten vorbehalten sind. Je nach Ausbildungsstand und Erfahrung differiert, was die Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter in solchen Situationen autonom machen dürfen. Es ist daher eine Kompetenzenliste notwendig, die im Detail aufführt, wozu jedes einzelne Mitglied einer Rettungsequipe berechtigt ist.

Das vom IVR geforderte Prozess- und Ergebnismonitoring in den Bestimmungen über die Anerkennung von Rettungsdiensten (Kriterien 7.17 und 8.3 der IVR-Checkliste) ist massgebend. Es sind mit Vorteil bewusst nur wenige Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität zur vertieften Bearbeitung auszuwählen.

Vorstellbar ist zudem der Einbezug subjektiver Indikatoren wie der Mitarbeiterzufriedenheit und der Zufriedenheit der Geretteten bzw. ihrer Angehörigen.

Zu 3

Die Geretteten und ihre Angehörigen sowie die Patienten auf Sekundärtransporten (innerklinische Verlegungen) werden periodisch über ihre Zufriedenheit mit den Leistungen der Rettungsteams befragt. Aus den Auswertungen der Befragungen werden die notwendigen Konsequenzen gezogen und dazu Verbesserungsmassnahmen konzipiert.

Eine Erhebung bei den Partnern in der Rettungskette (Hausärzte, Feuerwehr, Polizei etc.) kann wertvolle Hinweise zur Schnittstellenoptimierung liefern.

Wichtig ist, dass sich der Rettungsdienst Kenntnisse über die materiellen Ressourcen der Partnerorganisationen verschafft und diese bei gemeinsamen Übungen und im Ernstfall einzusetzen weiss. (Keinesfalls kann es nur darum gehen, dass man beispielsweise das gleiche Modell der Vacuum-Matratze besitzt wie die Partnerorganisation.)

Zu 4

Die Rettungsteams sind über Fragen der Patientenrechte instruiert und bemühen sich aktiv um die situationsgerechte Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. Für den Fall, dass Patientinnen oder Patienten auf die Leistungen des Rettungs-

dienstes verzichten, sind Richtlinien zugänglich. Schriftliche Transport-Verzichtserklärungen sind vorbereitet.

Zu 5

Der Rettungsdienst verfügt über ein Konzept, das für Debriefings und Supervision den Beizug von Fachpersonal vorsieht. Die allgemein üblichen Einsatz-Nachbesprechungen können die bei belastenden Einsätzen notwendige psychologische Hilfe durch Fachpersonal normalerweise nicht gewährleisten.

Zu 6

Die vom IVR geforderte Erfassung von Einsatzzeiten (Kriterium 7.5 der IVR - Checkliste), Protokollierung der Einsätze mit Minimaldatensatz und IVR-Protokoll (Kriterien 7.6 und 7.7) ergeben im Lauf der Zeit grosse Mengen an Daten, welche viele Auswertungsmöglichkeiten bieten. Im Sinne einer bewussten Beschränkung und Konzentration auf bestimmte Einzelfragen sind einzelne aussagekräftige Indikatoren auszuwählen und diese längere Zeit darzustellen, damit die „Performance“ des Rettungsdienstes nachgewiesen werden kann.

Zu 7

Im Konzept sind Bestimmungen darüber enthalten, wie dieses Konzept auf Aktualität überprüft wird, wer für Revisionen zuständig ist und wie die Mitarbeitenden über erfolgte Revisionen informiert und instruiert werden.

In regelmässigen Abständen wird überprüft, ob das Konzept richtig und vollständig umgesetzt wird, ob die Qualitätsziele erreicht worden sind und ob das Konzept noch aktuell ist.

Revisionen oder Korrekturmassnahmen werden dokumentiert.

Literatur

- **Interverband für Rettungswesen IVR (2000):** Bestimmungen über die Anerkennung von Rettungsdiensten.. Aarau 20002, 14 Seiten
- **Interverband für Rettungswesen IVR (2002):** Richtlinien zur Anerkennung von Sanitätsnotrufzentralen SNZ 144. Aarau 2002, 15 Seiten
- **MATTER Peter, IMBACH Susanne, BROUWER Marc, HUGENTOBLE Beat, Löliger Ursula (2006):** Relevanz der D1-Primäreinsatz: Studie des Interverbandes für Rettungswesen. In: Schweizerische Ärztezeitung 2006;87: 14, 616 - 621
- **TREICHEL Fabienne, RIS-BAUMGARTNER Andrea (2001):** Debriefing im Rettungsdienst. Fallstudie. Schule für Rettungssanität Ausbildungszentrum Inselspital Bern. 18. Mai 2001, 17 Seiten
- **UNTERNÄHRER Roland, MANI Simone (2003):** Qualitätssicherung im Rettungswesen. Aktuelle Stand, Kostenaspekte, Vorgaben seitens der Kantone und Darstellung des internationale Kontextes unter besonderer Berücksichtigung der Qualitätsvorgaben des IVR. Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (Hrsg.) Bern 6. Mai 2003, 66 Seiten

Standard 21: Familienorientierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen

| Standardelement | Bewertungskriterium |
|--|---|
| 1. Die Einrichtung setzt schrittweise die zehn Punkte der Europäischen Charta für Kinder im Krankenhaus um und schafft dazu personelle, strukturelle und bauliche Voraussetzungen. | <ul style="list-style-type: none"> – Ein Konzept „Familienorientierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen“ ist vorhanden. – Prioritäten in Bezug auf die mittelfristige Umsetzung des Konzepts sind gesetzt. – Arbeitsplan und Zeitplan zur Umsetzung des Konzepts sind vorhanden. – 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Die entsprechende Infrastruktur wie Eltern- bzw. Familienzimmer steht zur Verfügung. – 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. | <ul style="list-style-type: none"> – 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. |
| 4. Die Einrichtung arbeitet mit aussen stehenden Fachpersonen auf dem Gebiet der Kinderrechte sowie mit Interessengruppen für ein kindergerechtes Gesundheitswesen und mit Elternvereinigungen zusammen. | <ul style="list-style-type: none"> – Die Zusammenarbeit ist geregelt. – Kontakte finden statt. Nachweise sind vorhanden. |

Standard 21: Familienorientierte Betreuung

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Der Standard „Familienorientierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen“ ist auf Grund der spezifischen Bedürfnisse von Kinderkliniken entwickelt worden. In den letzten 25 Jahren wurden bei der Berücksichtigung der Bedürfnisse und Rechte kranker Kinder, Jugendlicher und deren Familien im Spital bedeutende Fortschritte erzielt. Diese Entwicklung begann mit der Erweiterung der Besuchszeiten für Eltern rund um die Uhr, der Schaffung von Übernachtungs- und Aufenthaltsmöglichkeiten für Angehörige hospitalisierter Kinder und Jugendlicher und der Verbesserung der Informationsangebote für Familien.

Mittlerweile ist die Familienorientierte Betreuung („Family-centered care“) weltweit zu einem Eckpfeiler der Behandlung und Betreuung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien geworden. Das Konzept der familienorientierten Betreuung von Kindern und Jugendlichen geht von der grundlegenden Annahme aus, dass *ein Kind bzw. ein Jugendlicher ein integraler Bestandteil seiner Familie ist. Die Integrität dieser Familie gilt es während der ambulanten, tag-medizinischen oder stationären Behandlung eines Kindes bzw. eines Jugendlichen zu erhalten und zu stärken.*

Die UNO hat 1989 in der Kinderrechtskonvention die Rechte von Kindern und Jugendlichen definiert. Diese Rechte umfassen alle Bereiche des Lebens von Kindern und Jugendlichen. Auch während einer Behandlung haben Kinder bzw. Jugendliche ganz spezifische Rechte, die sich aus der UN-Kinderrechtskonvention ableiten lassen.

Die European Association for Children in Hospitals (EACH), ein Zusammenschluss von 19 „Kind und Krankenhaus“-Organisationen, hat diese Rechte in der EACH-Charta zusammengefasst. Die Charta umfasst zehn grundlegende Punkte, welche die Rechte von Kindern und Jugendlichen im Gesundheitswesen festlegen (siehe ANHANG).

Der Standard beinhaltet Anforderungen, die bei der schrittweisen Umsetzung einen Prozess einleiten, in dem organisations- und effizienzorientierte Routinen zur Abklärung, Behandlung und Betreuung hinterfragt und in Bezug auf Familienfreundlichkeit und Kinderrechte im Gesundheitswesen untersucht werden. Zudem kann die Umsetzung des Standards die Planung von Infrastruktur und Dienstleistungen sowie die Evaluation bestehender Angebote beeinflussen.

Kinder, Jugendliche und Familien werden direkt in die Gestaltung der Dienstleistungen und der Infrastruktur einbezogen. Diese Nutzerpartizipation dient dem Zweck, Kinder, Jugendliche und deren Familien in ihren Bedürfnissen wahrzunehmen, um sie würdig und angemessen betreuen zu können. Die Umsetzung des Standards ist ein längerfristiger Prozess, in dem jeweils einzelne, für die Qualitätsentwicklung und Infrastrukturplanung besonders aktuelle Punkte der EACH-Charta im Mittelpunkt stehen.

Begriffe

Kind

Im Sinne des Übereinkommens über die Rechte der Kinder ist ein Kind jeder Mensch, der das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, soweit die Volljährigkeit nach dem auf das Kind anzuwendenden Recht nicht früher eintritt (Art. 1).

Spezialisierte Einrichtungen und Einrichtungen der Grundversorgung

Der Standard richtet sich nicht nur an spezialisierte Einrichtungen für Kinderheilkunde, sondern ebenso an Einrichtungen der Grundversorgung sowie an Geburtshäuser. Der Standard kann unter anderem auch von Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfüllt werden.

Ambulante, tagesmedizinische und stationäre Angebote

Die EACH-Charta richtet sich primär an stationäre Angebote. Dieser Standard ist jedoch sinngemäss auch auf ambulante und tagesmedizinische Angebote zu beziehen.

Bezugsperson

Eine dem Kind bzw. dem/der Jugendlichen vertraute Person. Zwischen der Patientin bzw. dem Patienten und dieser Person besteht eine engere Beziehung. Diese Person kann die Mutter oder der Vater sein oder die Funktion der Eltern übernehmen. Beispiele: Pflegeeltern, ältere Geschwister, Tagesmutter, Pate, Patin, Freunde der Familie, Grosseltern.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Die Charta der European Association for Children in Hospitals (EACH) ist die Leitlinie für die Prozessbearbeitung sowie die Leistungs- und Infrastrukturplanung. Wesentliche Teile dieser Charta werden gestützt durch das Übereinkommen über die Rechte der Kinder, welches in New York 1989 abgeschlossen und 1997 auch von der Schweiz ratifiziert wurde und damit Rechtsgültigkeit erlangt hat.

Die Umsetzung des Qualitätsstandards setzt voraus, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die EACH Charta für Kinder im Krankenhaus und über laufende Umsetzungsprojekte informiert sind. Eine breite Mitwirkung in einzelnen Umsetzungsprojekten wird angestrebt, um einen hohen Grad an Akzeptanz und Umsetzungsbereitschaft zu erreichen.

Neu eintretende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden im Rahmen ihrer Einführung informiert. Der Wissensstand aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gültigkeitsbereich des Standards wird von Zeit zu Zeit überprüft.

Zu 2

Bei stationärer Abklärung, Behandlung und Betreuung wird Eltern bzw. Bezugspersonen angeboten, bei ihrem Kind oder in der Nähe der Einrichtung zu übernachten. Bei Bedarf stehen Elternzimmer bzw. Familienwohnungen zur Verfügung.

Zu 3

Die Erfassung von Anregungen, Wünschen und Erfahrungen erfolgt zum Zweck der Qualitätsentwicklung. Dabei besteht die Möglichkeit für Kinder, Jugendliche und Angehörige, ihre Rückmeldung der Einrichtung direkt mittels Rückmeldungsformular oder Fragebogen zukommen zu lassen. Zudem erfassen die Mitarbeitenden mündliche Rückmeldungen, die ihnen durch Kinder, Jugendliche oder Eltern zugetragen werden.

Zu 4

Die Zusammenarbeit mit Fachpersonen auf dem Gebiet der Kinderrechte sowie mit Interessengruppen für ein kindergerechtes Gesundheitswesen und mit Elternvereinigungen bringt Wissen, Erfahrungen und eine ergänzende Aussensicht auf die *Infrastruktur* und die Leistungen der Einrichtung.

Beispiele für Kennzahlen des Qualitätsmanagements bezüglich „Familienorientierter Betreuung von Kindern und Jugendlichen“

- Zufriedenheit der Kinder und Jugendlichen in der Abklärung, Behandlung und Betreuung;
- Zufriedenheit der Eltern mit der Abklärung, Behandlung und Betreuung der Kinder und Jugendlichen;
- Compliance der Mitarbeitenden in der Abklärung, Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen;
- Nutzungsintensität von Betreuungsangeboten: z.B. Übernachtungsstatistik.

Anhang:

Charta der European Association for Children in Hospitals (EACH)

(Kurzversion, mit Querverweisen zur UN Übereinkommen über die Rechte der Kinder)

1. Die Aufnahme eines Kindes ins Spital soll nur erfolgen, wenn eine gleichwertige Pflege nicht zu Hause oder ambulant erbracht werden kann. (Art. 3(1)/24 UN Übereinkommen über die Rechte der Kinder)
2. Kinder im Spital haben das Recht, Mutter, Vater oder eine andere Bezugsperson jederzeit bei sich zu haben. (Art. 5, 9, 18 UN Übereinkommen über die Rechte der Kinder)
3. Bei der Aufnahme eines Kindes ins Spital soll den Eltern die Mitaufnahme angeboten werden; Hilfe und Unterstützung dabei müssen ebenfalls vom Spital aus kommen. Den Eltern dürfen daraus keine zusätzliche Kosten und keine Einkommenseinbussen entstehen. Um an der Pflege ihres Kindes teilnehmen zu können, müssen die Eltern über die Grundpflege sowie den Stationsalltag informiert und ihre aktive Teilnahme daran unterstützt werden. (Art. 5, 9, 18 UN Übereinkommen über die Rechte der Kinder)
4. Kinder haben wie ihre Eltern das Recht, ihrem Alter und Verständnis entsprechend informiert zu sein, insbesondere soll jede Massnahme ergriffen werden, um den körperlichen und seelischen Stress zu vermindern. (Art. 12 UN Übereinkommen über die Rechte der Kinder)
5. Kinder und Eltern haben das Recht, vor jeder Entscheidung, die die Behandlung des Kindes betrifft, in dem Mass informiert zu werden, das ihnen eine Mit-Entscheidung ermöglicht. Jedes Kind soll vor unnötigen medizinischen Behandlungen und Untersuchungen geschützt werden. (Art. 12, 17, 19, 23, 25, 24 UN Übereinkommen über die Rechte der Kinder)
6. Kinder sollen gemeinsam mit Kindern gepflegt werden, die ähnliche entwicklungsbedingte Bedürfnisse haben. Kinder sollen nicht in Erwachsenenstationen aufgenommen werden. Für Besucher dürfen keine Altersgrenzen festgelegt werden. (Art. 24 UN Übereinkommen über die Rechte der Kinder)
7. Kinder haben auch im Spital das Recht auf eine Umgebung, die ihrem Alter und ihrem Zustand entspricht und ihnen umfangreiche Möglichkeiten zum Spielen, zur Erholung und zur Schulbildung gibt. Die Räume sollen den Bedürfnissen der Kinder entsprechend geplant und möbliert sein. (Art. 28, 29, 31 UN Übereinkommen über die Rechte der Kinder)
8. Kinder haben das Recht auf Pflege durch Personal, das durch Ausbildung und Einfühlungsvermögen befähigt ist, auf die körperlichen, seelischen und entwicklungsbedingten Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien einzugehen. (Art. 3(3) UN Übereinkommen über die Rechte der Kinder)
9. Kontinuität in der Pflege der Kinder soll durch ein möglichst kleines Team sichergestellt werden.
10. Kinder müssen mit Takt und Verständnis behandelt und ihre Intimsphäre muss jederzeit respektiert werden. (Art. 16, 30 UN Übereinkommen über die Rechte der Kinder)

Literatur

- **Schweizerischer Verein Kind und Spital, Hrsg. (2002):** Familienorientierte Betreuung von Kindern im Spital: Leitlinien für Qualitätsstandards und Qualitätssicherung. Lenzburg 2002, 19 Seiten
- **Association suisse pour les droits des enfants et adolescents dans les services de santé, éd. (2002) :** L'hôpital adapté aux besoins de l'enfant et de sa famille: Propositions pour établir et garantir des normes de qualité. Lenzburg 2002, 16 pages
- **EACH-Charta für Kinder im Spital & Erläuterungen.** Broschüre A5, 40 Seiten
- **Übereinkommen** über die Rechte der Kinder. Abgeschlossen in New York am 20. November 1989. Von der Bundesversammlung genehmigt am 13. Dezember 1996. Ratifikationsurkunde durch die Schweiz hinterlegt am 24. Februar 1997. In Kraft getreten für die Schweiz am 26. März 1997. 32 Seiten, SR 0.107

Standard 22: Abklärung, Behandlung und Betreuung

| Standardelement | Bewertungskriterium |
|---|---|
| 1. Diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozesse werden strukturiert bearbeitet, beschrieben, instruiert und als verbindlich erklärt. | <ul style="list-style-type: none"> – Eine Richtlinie zur Erarbeitung, zur Struktur und für den Unterhalt von Prozessbeschreibungen ist verfügbar. – <i>Es ist definiert, welche Wissensquellen zur Diagnostik, Therapie und Pflege verwendet werden sollen.</i> – Prozessbeschreibungen sind vorhanden. – <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. | <ul style="list-style-type: none"> – Es sind standardisierte Anleitungen zur Aufklärung über ausgewählte Eingriffe und Behandlungen verfügbar. – <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. | <ul style="list-style-type: none"> – <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 Auswertungen des Monitoring werden umgesetzt. | <ul style="list-style-type: none"> – <i>Verbesserungsmassnahmen gemäss den Ergebnissen werden formuliert und umgesetzt.</i> – Prozessmessgrössen sind definiert. – <i>Regelmässige Prozessüberprüfungen finden statt.</i> |

Standard 22: Abklärung, Behandlung und Betreuung

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Dieser Standard wurde auf Grund des Bedürfnisses entwickelt, die Kerntätigkeiten "Abklärung, Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten" unabhängig von einer Disziplin oder der Berufsgruppe in einem Standard abzubilden.

Der Begriff Betreuung wird im Rahmen dieses Standards umfassend ausgelegt. Sowohl die eigentliche Pflege der Patientinnen und Patienten, wie auch z.B. die Begleitung von Angehörigen werden unter dem Begriff Betreuung zusammengefasst.

Der Standard fordert Interprofessionalität und Interdisziplinarität. Die Kerntätigkeiten der Abklärung, Behandlung und Betreuung, bestehen aus interprofessionellen und interdisziplinären Prozessabläufen, in deren Mittelpunkt die Patientinnen und Patienten stehen. Gelingt es einem Team, die Interprofessionalität und Interdisziplinarität zum Fundament seiner Tätigkeiten zu machen, so werden Möglichkeiten geschaffen, die sich positiv auf die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität auswirken.

Der Standard Abklärung, Behandlung und Betreuung kommt der Anforderung des Qualitätsmanagements nach, die Kernprozesse qualitativen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien zu unterstellen.¹² Die Standardelemente des Standards beinhalten folgende Anforderungen:

Standardelement 1 Prozesse werden definiert;

Standardelement 2 Standardisierte Aufklärung und Information werden durchgeführt;

Standardelement 3 Fall- und Komplikationsbesprechungen finden statt;

Standardelement 4 Indikatoren werden gemessen, Verbesserungsmassnahmen umgesetzt.

Prozesse, die im Rahmen des Standards erarbeitet werden, können verschiedene Themen beinhalten. Hier ist der Titel des Standards („Abklärung, Behandlung und Betreuung“) als massgebender Hinweis zu verstehen. Es können abklärende (diagnostische), behandelnde (therapeutische) und betreuende (pflegerische, unterstützende) Prozesse beschrieben werden, die insbesondere häufige und/oder kritische Problemstellungen innerhalb eines Bereichs¹³ betreffen.

Es ist möglich, Elemente anderer SanaCERT Suisse-Standards (wie z. B. Pflegestandards, die bisher im Rahmen des Standards 9 Entwicklung der Pflegequalität zur Bewertung vorgelegt worden sind) in diesen Standard 22 Abklärung, Behandlung und Betreuung zu integrieren

Umsetzung mit Mass

Der Standard ist darauf ausgelegt, dass **Kernprozesse** einer Einrichtung beschrieben und verbindlich festgelegt sind. Wir unterscheiden zwischen Kernprozessen, Managementprozessen und unterstützenden Prozessen. Kernprozesse leiten sich aus der **Kernkompetenz** einer Organisation ab. Die Kernkompetenzen eines Leistungserbringers im Gesundheitswesen sind Ab-

¹² Eine Möglichkeit der Umsetzung bilden die Behandlungspfade oder Patientenpfade (Englisch: Integrated Care Pathways, Integrated Care Maps; Französisch: Itinéraires cliniques). Es gibt dazu seit Ende der neunziger Jahre eine reiche Literatur und auch einige praktische Erfahrungen, in der Schweiz z. B. am Kantonsspital Aarau („mipp“-Projekt)

¹³ Klinik, Institut, Station oder andere Organisationseinheit eines Leistungserbringers

klärung, Behandlung und Betreuung. Ein Kernprozess einer Gebärabteilung ist beispielsweise die Begleitung der Geburt. Unterstützende Prozesse sind dabei beispielsweise "Reinigung, Desinfektion". Managementprozesse sind beispielsweise "Personalführung" oder "Qualitätsmanagement".

Ein kleineres somatisches Akutspital mit einem Vollangebot (Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Notfallstation und Rettungsdienst) käme mit Leichtigkeit bereits auf mehr als ein Dutzend **Kernprozesse**, die im Endausbau zu standardisieren wären. Grössere Einrichtungen weisen entsprechend mehr Kernprozesse auf. Es kann sich aber nicht darum handeln, sämtliche Kernprozesse optimieren zu wollen. Es geht darum, eine wohl überlegte und für Ausenstehende nachvollziehbar begründete Auswahl zu treffen.

Eine Umsetzung in Etappen bedeutet, dass bei Aufnahme der Arbeiten zuerst einmal am Beispiel eines oder mehrerer ausgewählter Prozesse die Methoden der Prozessoptimierung und –standardisierung geübt werden. In dieser **Pilotphase** ist es auch denkbar, dass Teilprozesse bearbeitet werden.

Sobald einmal etwas Vertrautheit im Umgang mit den Methoden und eine gewisse Erfahrung gewonnen werden konnten, kann die Pilotphase abgeschlossen und die nächste Etappe in Angriff genommen werden.

Es ist nicht die Zahl der bearbeiteten Prozesse, welche für die Bewertung des Standards durch das Audit-Team ausschlaggebend sein soll, sondern deren Relevanz. Das Audit-Team wird unter anderem folgenden Aspekte prüfen:

- Handelt es sich bei den bearbeiteten Prozessen um Kernprozesse bzw. Teile von Kernprozessen?
- Ist nachvollziehbar, aus welchen Gründen gerade diese Prozesse zur Bearbeitung ausgewählt worden sind?
- Geht aus der Dokumentation zu diesem Standard klar hervor, wie die Bearbeitung in den weiteren Etappen bis zum Endausbau fortgesetzt werden wird?

Im Zeitpunkt der Anmeldung zum Audit schlägt die Einrichtung der Stiftung SanaCERT Suisse **minimal einen und maximal drei Prozesse** zur Bewertung vor. Die Stiftung SanaCERT Suisse prüft, ob die Auswahl den Anforderungen (Interprofessionalität bzw. Interdisziplinarität, Kernprozess bzw. Teil eines Kernprozesses, häufiges Vorkommen bzw. kritischer Prozess) genügt und vereinbart zusammen mit der Einrichtung den Gültigkeitsbereich des ausgewählten Prozesses bzw. der ausgewählten Prozesse.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Festgelegte und dokumentierte Prozesse stellen die Grundlage für eine qualitativ hoch stehende und sichere Leistungserbringung dar. Durch Festlegung einzelner Prozessschritte und deren Beschreibung wird für die beteiligten ausführenden Personen Transparenz im zeitlichen Ablauf und bezüglich der Tätigkeiten und Mittel hergestellt, Entscheidungs- und Durchführungsverantwortung definiert und der Informationsfluss während der Umsetzung des Prozesses beschrieben. Eine interprofessionelle und interdisziplinäre Erarbeitung des Prozesses ist zum adäquaten und sinnvollem Abbilden des Prozesses notwendig.

Wissensquellen definieren

Die im Standardelement 1 beschriebenen Prozesse basieren auf Wissensquellen, die die fachliche Kompetenz und den aktuellen Wissensstand zu Grunde legen. Wissensquellen können verschiedener Natur sein: z. B. Guidelines, Lehrbücher, Originalartikel, Datenbanken, interne Handlungsanweisungen, Weissbücher, Manuals. Die Wissensquellen für den beschriebenen Prozess sind darzulegen.

Aktualität von Prozessbeschreibungen

Wissen ist einem stetigen Wandel unterzogen. Um das bestmögliche und sichere Ergebnis für die Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können, müssen Prozessbeschreibungen periodisch aktualisiert und freigegeben werden. Es sind Personen zu benennen, die für diesen Vorgang verantwortlich zeichnen. Es existiert eine Richtlinie zur Erarbeitung, Struktur und für den Unterhalt von Prozessbeschreibungen.

Überprüfungen der Umsetzung von Prozessbeschreibungen

Periodisch wird die Umsetzung von Prozessbeschreibungen überprüft. Ein eventueller Anpassungsbedarf wird gemäss den Ergebnissen der Überprüfungen in Abstimmung mit den Prozessbeteiligten festgestellt und etwaige Anpassungen des Prozesses umgesetzt.

Zu 2

Im Standardelement 2 sind zwei wichtige Themen, Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten, als Sollanforderung für die abklärenden, behandelnden und betreuenden Fachpersonen beschrieben.

Information

Der Begriff Information ist als ein umfassendes Vorgehen zu verstehen, das Patientinnen und Patienten durch Information in die Lage versetzt, aktiv den Prozess der Abklärung, Behandlung und Betreuung mitzugestalten. Auf diese Weise kann die Patientin und der Patient informiert an Entscheidungsprozessen teilnehmen und sich mit ihrer/seiner persönlichen Perspektive einbringen. Es stehen standardisierte Anleitungen für Patienten bzw. deren Angehörige (z.B. Anleitung zur selbständigen Versorgung nach Austritt) zur Verfügung.

Aufklärung

Aufklärung ist hingegen als juristisch relevanter Vorgang beschrieben, der mit definierten Rahmenbedingungen und Inhalten durchgeführt werden muss. Für eine standardisierte, systematische Aufklärung muss nachgewiesen werden, dass alle Patientinnen und Patienten über die Diagnose, den voraussichtlichen Verlauf mit oder ohne Behandlung, die Behandlungsmöglichkeiten, die möglichen Komplikationen und Risiken, die Pflege, andere medizinische Behandlungen und Betreuungen, sowie die verwendeten Hilfsmittel informiert werden. Es stehen standardisierte Anleitungen zur Aufklärung von invasiven oder operativen Eingriffen zur Verfügung. Diese Anleitungen müssen gesetzliche Bestimmungen, aber auch etwaige Vorgaben z.B. der Kantone, der FMH, der medizinischen Fachgesellschaften, der Einrichtung, erfüllen. Es ist eine schriftliche Regelung vorhanden, falls Patientinnen oder Patienten nur eine minimale Aufklärung über invasive und operative Eingriffe wünschen.

Eine Ausbildung in der Führung von Informationsgesprächen und in der Durchführung von standardisierten, systematischen Aufklärungen findet regelmässig statt.

Es existiert eine Regelung für die Information von fremdsprachigen Patienten. Unterstützende Angebote wie übersetzte Dokumente oder (geschulte Laien-) Dolmetscher-Dienste helfen den Patientinnen und Patienten, sowie den Fachpersonen den notwendigen Informations- und Kommunikationsaustausch sicherzustellen.

Gesetzliche Vertretung im Falle von Urteilsunfähigkeit

Jede Person kann im Voraus bestimmen, wer im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit über die zu treffenden Massnahmen zu informieren und anzuhören ist. Ist die Patientin oder der Patient urteilsunfähig, eine gesetzliche Vertretung vorhanden und im konkreten Fall zulässig, so wird diese gesetzliche Vertretung informiert.

Liegt eine schwere, nicht anders abwendbare Gefahr für Leben und Gesundheit der Patientin oder des Patienten vor, so kann eine erforderliche Massnahme ausnahmsweise auch ohne Information durchgeführt werden.

Information der Angehörigen oder Nahestehenden

Ist die Patientin oder der Patient urteilsunfähig und nicht gesetzlich vertreten, so werden die nächsten Angehörigen oder eine nahe stehende Person informiert.

Zu 3

Eines der ältesten Prinzipien der Qualitätssicherung in der Medizin und Pflege ist die Besprechung und Aufarbeitung von Situationen oder Ereignissen, die für die Patientinnen und Patienten einen unerwünschten Ausgang im Rahmen von Abklärung, Behandlung und Betreuung genommen haben. Im Standardelement 3 wird von der Klinik, dem Institut, dem Fachbereich, oder anderer Organisationseinheiten der Nachweis erbracht, dass regelmässige Besprechungen von z.B. aufgetretenen Problemen, kritischen Zwischenfällen, Komplikationen im Rahmen von Fallbesprechungen, CIRS-Fall-Besprechungen (Abk. CIRS = Critical Incident Reporting System) und Morbidity Mortality-Konferenzen stattfinden. Eine interdisziplinäre und interprofessionelle Teilnahme an den Besprechungen stellt das Fundament für nachhaltige Lösungen oder Veränderungen unerwünschter Ereignisse dar.

Zur strukturierten Durchführung von Besprechungen empfiehlt sich eine Vorbereitung und Leitung durch einen Moderator oder eine Moderatorin. Diese planen die Besprechungen und laden frühzeitig dazu ein. Von den Besprechungen wird ein Kurzprotokoll angefertigt, das die wichtigsten Erkenntnisse und Beschlüsse enthält.

Zu 4

Die Messung der Zielerreichung stellt eine wichtige Phase im Qualitätskreislauf (Plan-Do-**Check**-Act) dar, die es ermöglicht, über eine festgelegte Zeitachse eine Verbesserung oder Verschlechterung der gemessenen Leistung auch im Vergleich (Benchmarking) zu anderen adäquaten Messpartnern auszuweisen. Messgrössen müssen die Anforderungen der Validität und Reliabilität erfüllen, um eine solide Aussagekraft zu erfüllen.

Damit der Qualitätskreislauf (Plan-Do-Check-Act) vollständig durchlaufen werden kann, müssen die Messergebnisse analysiert, erkannte Verbesserungspotentiale herausgearbeitet und Verbesserungsmassnahmen umgesetzt werden.

Standard 23: Risikomanagement

| Standardelement | Bewertungskriterium |
|---|--|
| 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. | <ul style="list-style-type: none"> – 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. – Es werden Ziele, Vorgehensweisen und Instrumente beschrieben, die den Mitarbeitenden für ein risikobewusstes Verhalten in ihrem Arbeitsbereich als Orientierung dienen. – 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. |
| 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. | <ul style="list-style-type: none"> – 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. – Es werden klinische und nicht-klinische Risiken des Unternehmens beurteilt. – Das Konzept ist von der obersten Entscheidungsinstanz des Unternehmens genehmigt. Die Umsetzung des Konzeptes wird überprüft. Das Konzept wird periodisch aktualisiert. – Für das Risikomanagement sind Organisationsstrukturen definiert und Verantwortliche benannt. – Die Aus-, Fort- und Weiterbildung von verantwortlichen Personen im Risikomanagement ist geplant und ausgewiesen. |
| 3. Risiken werden regelmässig überwacht und überprüft. Massnahmen zur Risikovermeidung und Risikoreduktion werden festgelegt, umgesetzt und überprüft. | <ul style="list-style-type: none"> – Alle Risiken werden periodisch im Hinblick auf die Eintrittswahrscheinlichkeit und das Schadensausmass überprüft. – Die Art und die Anzahl eingetretener Ereignisse und Schäden werden erfasst. Ereignisanalysen werden durchgeführt. – Massnahmen gegen Risiken sind im Hinblick auf Umsetzung und Wirkung ausgewiesen. Ein periodisch erstellter Risikobericht gibt Auskunft zum Stand des Risikomanagements. |

Standard 23: Risikomanagement

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Mit der Einführung eines Risikomanagements wird die frühzeitige Erkennung klinischer¹⁴ und nicht-klinischer Risiken angestrebt. Gleichzeitig wird der Leitung der Institution ein Instrument zur Steuerung von Risiken zur Verfügung gestellt. Ziel eines systematischen Risikomanagements ist die Vermeidung und Reduktion von Risiken und Schadenereignissen. Im Gesundheitswesen kommt dem Ziel einer bestmöglichen Sicherheit für Patientinnen¹⁵ und Patienten eine besondere Bedeutung zu.

Die Sicherheitskultur eines Unternehmens ist die Grundlage für ein erfolgreiches Risikomanagement. Sicherheitskultur ist ein Gesamtprodukt aus individuellen und gruppen-spezifischen Werten, Haltungen, Kompetenzen und Verhaltensmustern in sicherheitsrelevanten Handlungen und Prozessen. Es ist die Art „Wie tun wir Dinge in unserem Team, in unserer Institution“.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Risikopolitik

In der Risikopolitik ist beschrieben, welche Werte, Grundsätze und Absichten (1) mit einem Risikomanagement im Unternehmen verbunden werden. Der Patientensicherheit ist dabei eine besondere Bedeutung beizumessen. Ebenso ist in der Risikopolitik die Verantwortung der Führungskräfte darzustellen und in welcher Form das Risikomanagement verankert ist.

Unter möglichen Zielen nimmt die kontinuierliche Verbesserung der Risikosituation einen hohen Stellenwert ein. Um dies zu erreichen, muss eine Politik der sicheren Gestaltung von medizinisch/pflegerischen und betrieblichen Prozessen (2) verfolgt werden. Es werden Ziele, Vorgehensweisen und Instrumente beschrieben, die den Mitarbeitenden für ihr Verhalten im Risikomanagement als Orientierung dienen.

Sicherheitskultur

„Unter Sicherheitskultur versteht man, wie in einer Organisation mit Fehlern und Risiken, deren Erfassung, Analyse, Behebung und Vermeidung umgegangen wird. Eine Sicherheitskultur zeichnet sich dadurch aus, dass Fehler nicht als Versäumnisse einzelner Personen oder einer bestimmten Berufsgruppe mit entsprechenden Schuldzuweisungen verstanden werden, sondern als Chance zur Verbesserung. Ohne Fehler sind keine Entwicklung und kein Lernen möglich. Im Krankenhaus muss ein Klima herrschen, in dem Mitarbeiter angstfrei Fehler und Probleme benennen können. Nicht das Fehlermachen ist das Problem, sondern das Fehlervertuschen.“ (3)

¹⁴ Der Begriff „klinisch“ ist in der DIN EN 15224:2012-12 Seite 8, Kapitel 0.1.5 definiert: „...In der vorliegenden Form bezieht sich klinisch auf sämtliche Arten des Zusammenwirkens von Patienten und alle Arten von Angehörigen der Gesundheitsberufe“.

¹⁵ Im Text werden Patientinnen und Patienten stellvertretend für andere Personengruppen (z.B. Bewohnerinnen und Bewohner, Kundinnen und Kunden) genannt

Das Risikomanagement einer Institution wird auf dem Fundament einer Sicherheitskultur aufgebaut. Wesentliche Anteile einer Sicherheitskultur wie z.B. das Risikobewusstsein der Mitarbeitenden, die Verbesserung von Sicherheit durch interdisziplinäre und interprofessionelle Teamarbeit, das Gestalten von sicherheitsfördernden Arbeitsbedingungen oder die Unterstützung von vorgesetzten Stellen sind in einem etablierten Risikomanagement nachzuweisen. Messungen zur Sicherheitskultur können beispielsweise mit einer Mitarbeiterbefragung ausgewiesen werden.

Bevor Instrumente der Patientensicherheit eingeführt werden können, benötigt es eine Sicherheitskultur, in der jeder die Verantwortung für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten akzeptiert hat. Ist diese Akzeptanz der Verantwortung nicht vorhanden, wird die Kommunikation und Zusammenarbeit zur Einführung von Initiativen der Patientensicherheit erschwert sein. Die Kommunikation zu Fehlern, Risiken und Sicherheit stellt eine Rahmenbedingung der Sicherheitskultur dar. Die Art und Weise wie kommuniziert wird kann förderliche oder nachteilige Auswirkungen auf das Ziel einer sicheren Leistungserbringung haben. Hat sich eine Institution z.B. für ein Critical Incident Reporting System (CIRS) oder Morbidity-Mortality - Konferenzen entschieden, besteht im Rahmen der Fallbesprechungen die Möglichkeit Fehler oder Beinahe-Schadensereignisse zu besprechen und anschliessend Verbesserungsmassnahmen einzuleiten. Die Mitarbeitenden nehmen aktiv am Prozess „Vom Fehler bis zur Verbesserung“ teil, was sich motivierend auf zukünftiges Meldeverhalten auswirkt. Auch die Sensibilität für sicheres Verhalten wird beeinflusst und die Auseinandersetzung mit dem Thema Sicherheit wird gefördert. Leitenden Mitarbeitenden fällt beim Thema Sicherheitskultur und Kommunikation die besondere Rolle des Vorbildes zu. Teammitarbeitende orientieren sich in der Werthaltung aber auch im Hinblick auf die Kommunikation an den Vorgesetzten. Dieser besonderen Verantwortung müssen sich leitende Mitarbeitende bewusst sein und entsprechend handeln.

Zu 2

Ein Konzept zum Risikomanagement beschreibt die Systemanteile, die für ein erfolgreiches Risikomanagement notwendig sind. Im Risikomanagement wird die Bearbeitung von Risiken einer Institution in verschiedene Phasen aufgeteilt:

1. Identifikation 2. Analyse 3. Bewertung 4. Massnahmen¹⁶

Zu 1. Eine Institution muss die für sie relevanten Risiken identifizieren. Jede Institution hat ihre individuellen Gegebenheiten, die sich z.B. in der Organisation, Strukturen oder den Prozessen widerspiegeln.

Zu 2. In der Analyse werden Risiken im Hinblick auf das Risikoszenario,, detailliert betrachtet. Ursachen für die Entstehung des Risikos und Wechselwirkungen von z.B. parallelen Prozessen werden untersucht.

Zu 3. Und 4. Siehe unter Erläuterungen Standardelement 3.

Im Standard 23 Risikomanagement werden verschiedene Gefahrenbereiche eines Unternehmens einbezogen. Daraus ergeben sich identifizierte Risiken, die klinische wie auch nicht-klinische Themen betreffen. Unter „klinisch“ sind alle Handlungen zu verstehen, die in direkter Weise Patientinnen und Patienten betreffen, z.B. Verwechslung bei der Medikamentengabe oder Nichtbeachtung von Kontraindikationen bei Interventionen Nicht-klinische Risiken können z.B. finanzielle oder bauliche Themen der Institution betreffen. Risiken, die Patientinnen und Patienten betreffen stehen sicher im Fokus der Risikoidentifizierung, allerdings sind auch Risiken, die andere Personengruppen betreffen, z.B. Mitarbeitende oder Angehörige, in die Risikoidentifizierung miteinzubeziehen.

Die Geschäftsleitung des Unternehmens entscheidet nach Feststellung der Risiken, welche Risiken prioritär anzugehen sind.

Es ist möglich, dass eine Institution Themen zur Sicherheit oder speziellen Risiken im Rahmen von gesetzlichen Vorgaben (z.B. Strahlenschutzverordnung, Internes Kontrollsystems (IKS), Brandschutz, EKAS, Lebensmittelhygiene) oder von Zertifizierungen (Medizinprodukte ISO 13485:2003, Umweltmanagementsysteme ISO 14001:2004) bereits systematisch ausweist und bearbeitet. Diese Aktivitäten gehören auch zu den Themen des Risikomanagements, müs-

¹⁶ In der ISO 31000 Risikomanagement ist die Phase 4 mit Risikobewältigung benannt.

sen aber im Audit nicht detailliert ausgewiesen werden. Es ist nicht Ziel der SanaCERT Suisse bereits an anderer Stelle ausgewiesene Inhalte zur Sicherheit und Risiken redundant zu überprüfen. Hierzu genügt es eine Liste der bereits ausgewiesenen oder überprüften Aktivitäten im Audit auszuweisen.

Organisation im Risikomanagement

Im Rahmen des "Swiss Code of Best Practice for Corporate Governance" (3) wird die Verantwortlichkeit des obersten strategischen Gremiums (Verwaltungsrates) für ein Risikomanagement und ein Internes Kontrollsystem (IKS) benannt. Die oberste operative Leitung hingegen übernimmt die Verantwortung, dass das Risikomanagement und das Interne Kontrollsystem (IKS) in der Institution umgesetzt werden. In Anlehnung an den "Swiss Code of Best Practice for Corporate Governance" (4) wurden per 1. Januar 2008 das Obligationenrecht (5) und das Revisionsgesetz angepasst.

Die oberste operative Leitung kann den Auftrag zur Konstitution einer Risikokommission, die mit Führungspersonen aus der Institution besetzt ist und die Geschäftsleitung in Sachen Risikomanagement berät, erteilen. Das Konzept zum Risikomanagement wird von der Risikokommission periodisch auf Anwendbarkeit und Wirksamkeit (z.B. mit internen oder externen Audits) überprüft und wo notwendig angepasst. Die Risikokommission trägt die Verantwortung für die Durchführung der Risikoidentifizierung und die Zusammenstellung eines Risikoregisters. Die oberste operative Leitung ernennt einen Risikobeauftragten, der unter anderem die Umsetzung von Massnahmen zur Risikoreduktion kontrolliert.

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Personen in der Steuergruppe Risikomanagement, des Risikobeauftragten und den Mitarbeitenden ist für Themen des Risikomanagements zu planen und auszuweisen.

Zu 3

Alle erkannten Risiken werden im Hinblick auf die Eintrittswahrscheinlichkeit und das Schadensausmass überprüft und bewertet. Da sich die Ausgangssituation für Risiken ändern kann, muss dieser Vorgang periodisch (mindestens 1x jährlich) wiederholt werden. Die Häufigkeit der Überprüfung und Bewertung von Risiken ist dem Risikothema anzupassen.

Werden Massnahmen zur Risikoreduktion umgesetzt verringert sich ein Risiko.

Bei Eintritt von Schadenereignissen ist zu prüfen, ob die Bewertung des Risikos zur Eintrittswahrscheinlichkeit und zum Schadensausmass noch Gültigkeit hat. Hierzu werden Daten herangezogen, die zur Art und Häufigkeit eingetretener Ereignisse (Beinahe-Schäden oder Schäden) Auskunft geben. Ebenso sind bestehende Massnahmen auf Ihre Wirksamkeit zu überprüfen.

Um nachhaltige Verbesserungsmassnahmen entwickeln zu können, braucht es tiefgehende Analysen eingetretener Ereignisse. Analyseinstrumente wie z.B. die Root-Cause-Analysis oder das London-Protokoll (6) sind standardisierte Methoden, die wertvolle Erkenntnisse zu Fehlerursachen und Rahmenbedingungen von Ereignissen zu Tage bringen.

Um eine Risikoreduktion zu erreichen, werden Massnahmen zu erkannten Risiken erarbeitet und umgesetzt. Ob und in welchem Umfang Massnahmen erfolgreich sind, ist im Rahmen von Überprüfungen der Wirksamkeit auszuweisen. Es können z.B. Routinedaten, CIRS-Meldungen oder interne Audits als Überprüfungsmethode angewendet werden (7).

Ein periodisch erstellter Risikobericht ist Teil der internen Kommunikation einer Institution und gibt Auskunft zum Stand des angewendeten Risikomanagements. Im Risikobericht werden z.B. identifizierte Risiken, umgesetzte Massnahmen oder ein Ranking der Risiken nach Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadensausmass als Risikomatrix dargestellt.

Die operative Leitung der Institution beschliesst den Risikobericht und nutzt ihn als Reportinginstrument gegenüber seinem Aufsichtsgremium.

Standards der Stiftung SanaCERT Suisse mit Bezug zum Standard 23 Risikomanagement

Die Umsetzung der SanaCERT Suisse Standards hat zum Ziel, Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochstehende Leistungserbringung kontinuierlich anbieten zu können. Alle Standards beziehen sich unterschiedlich detailliert auf Risiken oder Sicherheitsaspekte zu den im Standard behandelten Themen. Daraus ergeben sich mannigfaltige Querverbindungen zwischen dem Standard 23 Risikomanagement und anderen Standards der SanaCERT Suisse (z.B. Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene).

Verfasst von Dr. med. Norbert Rose, bearbeitet in der Standardkommission der Stiftung SanaCERT Suisse.

Literatur:

1. Risikomanagement – Grundsätze und Leitlinien DIN ISO 31000:2009 (Version 31000-2011-11) in Kapitel 2 Begriffe, 2.4 Risikopolitik
2. Joint Commission international, Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser, 4. Auflage 2011, S.147
3. Praxis des Klinischen Risikomanagement, Heike A. Kahla-Witzsch; Ecomed Medizin 2005 S.74
4. Swiss Code of Best Practice for Corporate Governance, Economiesuisse 25.03.2002
5. Schweizerisches Obligationenrecht AS 2007 4791
OR Art. 663, b IV. Anhang 1 Im Allgemeinen „Der Anhang enthält: ...“
 - Ziff. 12: Angaben über die Durchführung einer Risikobeurteilung; ...“
OR Art. 728 a Ziff.3:
 - „Die Revisionsstelle prüft, ob: ... 3. Ein internes Kontrollsystem existiert; ...“
OR Art. 728 b
 - „Die Revisionsstelle erstattet dem VR einen umfassenden Bericht mit Feststellungen über die Rechnungslegung, das IKS sowie die Durchführung und das Ergebnis der Revision“
6. Vincent, C., Taylor-Adams, S., Chapman, E.J., Hewett, D., Prior, S., Strange, P. et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management Protocol, Br Med J. 2000;320:777-81
7. Risikomanagement für Organisationen und Systeme, ONR 49000 / ISO 31000 Arbeitskreis ON-W 1113 des Österreichischen Normungsinstituts ON; www.on-norm.at, ON 2008

Standard 25: Palliative Betreuung

| Standardelement | Bewertungskriterium |
|--|--|
| 1. Das Spital legt fest, auf welche Weise über die Durchführung der palliativen Betreuung entschieden wird | <ul style="list-style-type: none"> – Ein Entscheidprozess für die palliative Betreuung ist festgelegt. – Es ist festgelegt, in welchen Zeitintervallen eine Wiedererwägung des Entscheids zur palliativen Betreuung erfolgt. |
| 2. Das Spital 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Ein Konzept zur palliativen Betreuung ist vorhanden – Das Konzept ist umgesetzt. – Handlungsleitlinien sind vorhanden. – Diese sind umgesetzt. |
| 3. Die Durchführung der palliativen Betreuung sowie die Arbeit mit Ergebniskriterien zur Beurteilung der palliativen Massnahmen werden ausgewiesen. | <ul style="list-style-type: none"> – Das Team wendet Messinstrumente zur Symptombeurteilung und zur Einschätzung der Lebensqualität an. – Mindestens zwei Ergebniskriterien werden erhoben und ausgewertet. |
| 4. Patientinnen und Patienten werden angemessen informiert. Mit dieser Information werden die Patientinnen und Patienten befähigt, ihr Recht auf Selbstbestimmung auszuüben. | <ul style="list-style-type: none"> – Der Umgang mit Patientenerklärungen (Patientenvollmacht) ist geregelt. – Es ist geregelt, unter welchen Bedingungen Angehörige in die Information einbezogen werden. |
| 5. Die Zuständigkeiten, die Koordination und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen, den Hausärzten, den Spitex-Diensten und weiteren Partnern sind geregelt. | <ul style="list-style-type: none"> – Die Zuständigkeiten sind geregelt. – Es besteht eine Zusammenarbeit mit spitalexternen Stellen. – Schriftliche Richtlinien regeln, wer wen wie zu welchem Zeitpunkt informiert. – Das Zusammenwirken im Betreuungsnetz wird periodisch evaluiert. |
| 6. Das interprofessionelle Betreuungsteam ist in Palliativer Medizin, Pflege und Betreuung ausgebildet. Die fachliche und psychologische Begleitung des Teams ist gewährleistet. | <ul style="list-style-type: none"> – Es besteht ein Fort- und Weiterbildungskonzept. – Nachweise über besuchte Fort- und Weiterbildungen sind vorhanden. – Teamsitzungen finden unter kompetenter Anleitung statt und werden evaluiert. |

Standard 25: Palliative Betreuung

Erläuterungen zum Standard:

Begriff

„Palliative Care ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen und anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt.“ (WHO Genf 1990)

Palliative Betreuung ist die aktive und umfassende Behandlung, Pflege und Begleitung von Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt, da ihre Krankheit nicht mehr auf eine heilungsorientierte Behandlung anspricht oder wenn von den Patientinnen und Patienten eine heilungsorientierte Behandlung ausdrücklich abgelehnt wird, und Schmerzbekämpfung, präventive und unterstützende Massnahmen gegen schwer erträgliche Symptome sowie bei psychischen, sozialen und seelisch-geistigen Problemen im Zentrum stehen. Hauptziel der palliativen Betreuung ist die bestmögliche Lebensqualität für Patient und Angehörige.

Palliative Betreuung setzt die Schwerpunkte in der Linderung von Schmerzen, weiteren belastenden Symptomen und Angstzuständen, integriert körperliche, psychische, soziale und seelisch-geistige Gesichtspunkte in Behandlung, Pflege und Begleitung, und bietet Unterstützungsmassnahmen an, welche dem Patienten bzw. der Patientin erlauben, so aktiv wie möglich bis zum Tod zu leben. Diese Massnahmen schliessen nach Möglichkeit und Zulässigkeit auch die Angehörigen des Patienten bzw. der Patientin ein

Einleitung

Die palliative Betreuung hat sich in der Schweiz in den letzten Jahren stark entwickelt. Das fachliche und politische Interesse dafür ist erfreulich gewachsen. 1988 ist eine spezialisierte Fachgesellschaft entstanden, und es werden spezielle Zusatzausbildungen angeboten.

Man weiss heute, dass die Qualität der palliativen Betreuung unter anderem wesentlich davon abhängt, ob

- sie von einem Team geleistet wird, das interdisziplinär eng zusammenzuarbeiten weiss und über Kenntnisse und Kompetenzen in der Schmerzbekämpfung und in der Linderung anderer Symptome verfügt;
- die palliative Betreuung an einem Ort erfolgt, mit welchem der Patient bzw. die Patientin vertraut ist und/oder wo er/sie sich – den Umständen entsprechend – möglichst wohl fühlt;
- die palliative Betreuung nicht erst im letzten Moment (z. B. in der terminalen Phase) einsetzt;
- das Team auf die vielfältigen und individuellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten einzugehen vermag, die sich sowohl nach Krankheitsbildern als auch nach kulturellem und sozialem Hintergrund stark unterscheiden können;
- das Team fachlich kompetent begleitet und unterstützt wird. ¹⁷

¹⁷ Des soins de fin de vie de qualité : chaque canadien et canadienne y a droit. Sous-comité de mise à jour de "de la vie et de la mort" du comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (Parlement Canada), Rapport final. (Im Internet unter: www.parl.gc.ca/36/2/parlbus/commbus/senate/com-f/upda-f/rep-f/repfinjun00-f.htm), Seiten 41-42

Freier und gleicher Zugang zu den Leistungen

Ein wichtiges Merkmal für eine qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung besteht darin, dass allen Patientinnen und Patienten eine kompetente palliative Betreuung zugänglich ist, unabhängig von Leiden und Alter (also beispielsweise auch Kindern und Jugendlichen!) und unabhängig vom Aufenthaltsort. So weit möglich und sinnvoll, verschiebt sich nicht der Patient oder die Patientin, sondern die zu erbringende Leistung. Idealziel ist es, die palliative Betreuung in einer Versorgungsregion bzw. einer Institution so zu organisieren, dass der Patient oder die Patientin den Ort, wo er/sie palliativ betreut und gepflegt werden will, möglichst frei wählen kann.

Koordination

Für eine bestimmte Versorgungsregion kann dies bedeuten, dass ein stationäres Kompetenzzentrum für palliative Betreuung (z. B. eine Palliativstation im Akutspital oder ein Hospiz) eng mit den Spitex-Diensten zusammen arbeitet und dass auch in den Langzeitpflegeeinrichtungen und Altersheimen entsprechende Angebote vorhanden sind. Für ein Akutspital bedeutet es, dass von einem kompetenten Kernteam spitalweit und auch spitalextern Konsiliardienste und Coaching angeboten werden. Unerlässlich ist dabei eine sorgfältige und intensive Koordination aller Angebote einer Versorgungsregion, um temporäre Überlastungen bzw. Unterforderungen zu vermeiden.

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Der Entscheidungsprozess findet systematisch statt und läuft in klar definierten Schritten ab. Es ist geregelt, durch wen, auf welche Weise, aufgrund welcher Informationen und unter welchen Bedingungen über die Durchführung der palliativen Betreuung entschieden wird. Vier Grundsätze sind dabei zu beachten:

- 1) Grundsatz des Wohl-Tuns bzw. Nicht-Schadens;
- 2) Grundsatz der Selbstbestimmung und des Respekts der Person und ihrer Rechte (insbesondere das Recht auf Annahme oder Ablehnung einer medizinischen Behandlung, das Recht auf Diskretion, das Recht auf Information über Diagnose, Prognose, geplante Therapie, das Recht auf angemessene Behandlung)
- 3) Grundsatz des gleichen Zugangs zu allen Behandlungen für alle;
- 4) Grundsatz der periodischen Wiedererwägung der Entscheidung.

Zu 2

Im Konzept sind die strukturellen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen (Personal, Räume, etc.) zu dessen Umsetzung aufgeführt sowie Weiterbildung und Betreuung der Teams berücksichtigt. Bei der Einführung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Spitals und in der Weiter- und Fortbildung werden palliative Betreuung, Sterbebegleitung und Umgang mit dem Tod thematisiert.

Zu 3

Das Ziel der vermittelten Information besteht darin, den Patienten oder die Patientin zu befähigen, Entscheide zu treffen und realistische Erwartungen zu entwickeln. Patientinnen und Pa-

tienten haben ein Recht auf verständliche, angemessene Antworten auf ihre Fragen und auf eine umfassende Information über die Möglichkeiten und Grenzen der palliativen Betreuung.

Der Grundsatz der Selbstbestimmung verlangt vom Team, dass es alles unternimmt, um die Entscheidungsfähigkeit des Patienten oder der Patientin so lange wie möglich zu erhalten und alles unterlässt, was das Selbstbewusstsein oder die Willenskraft des Patienten oder der Patientin schwächen könnte. Das Team ist bestrebt, den erklärten bzw. mutmasslichen Willen des Patienten oder der Patientin möglichst frühzeitig zu erfassen und zu dokumentieren. Patienten-erklärungen werden - soweit keine gegenteiligen eidgenössischen oder kantonalen Vorschriften erlassen sind - befolgt.

Zu 4

Die Frage, mit welchen Ergebniskriterien die Zielerreichung beurteilt werden kann, ist bei diesem Standard nicht leicht zu beantworten. Natürlich wird die palliative Betreuung statistisch erfasst und ausgewertet, so dass zum Beispiel der Anteil der palliativ betreuten Personen an der Gesamtzahl der im Spital Verstorbenen, bei welchen eine palliative Betreuung indiziert gewesen wäre, ermittelt werden kann. Auch das Ausmass der Anwendung der zur Verfügung stehenden Checklisten, standardisierten Prozesse (flow-charts) und anderer Hilfsmittel kann erhoben werden. In Mitarbeitergesprächen oder mittels schriftlicher Befragung kann die Zufriedenheit des beteiligten Personals ermittelt werden. Schliesslich können auch innerhalb einer angemessenen Zeitperiode nach dem Tod Urteile von Angehörigen in Erfahrung gebracht werden. Weitere Indikatoren könnten mit zunehmender eigener Erfahrung und in Anlehnung an Erfahrungen im Ausland entwickelt werden.¹⁸

Zu 5

Die Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität ist das oberste Ziel der palliativen Betreuung. Dieses kann selbstverständlich nicht allein mit therapeutischen, architektonischen, strukturellen und organisatorischen Massnahmen erreicht werden. Wichtigster Faktor ist sicher - im Rahmen des Möglichen - das Vermeiden eines vollständigen Bruchs mit den bisherigen Lebensgewohnheiten und der Vergangenheit. Dies bedeutet unter anderem, dass der Patient oder die Patientin dabei unterstützt wird, wenn er bzw. sie wünscht, nach Hause zurückzukehren, und sei es auch nur für kurze Zeit oder für einen Abschiedsbesuch. Dies kann aber auch bedeuten, dass das Spital den Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen allen institutionellen Zwängen zum Trotz so weit wie nur möglich entgegenkommt (zum Beispiel Flexibilität in der Pflege, Ausnahmen bezüglich Besuchs- und Essenszeiten, Ermöglichen von Essen und Schlafen für Angehörige im Spital, Zulassen persönlicher Ausstattung des Zimmers, Zutritt für Kinder jeglichen Alters sowie weitgehende Toleranz persönlicher Eigenheiten.)

Zu 6

Im interdisziplinären Team zur palliativen Betreuung sind beispielsweise Ärzte und Ärztinnen, Pflegende, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zusammengefasst. Allerdings genügt eine blosse Addition verschiedener Berufe nicht. Erfolgreiches interdisziplinäres Arbeiten verlangt neben der Beherrschung von fachspezifischen Inhalten und Methoden die Fähigkeit, sich innerhalb der eigenen Disziplin wie auch mit Angehörigen anderer Disziplinen zu verständigen. Wichtige Voraussetzungen dazu sind folglich die Teamfähigkeit, die Gesprächskompetenz, die Vertrautheit mit Kommunikationsmethoden und die Kenntnis der in den einzelnen Disziplinen angewandten Arbeitsmethoden.

Das Betreuungsteam ist in Palliative Care geschult. Die Fachgesellschaft palliative.ch hat fünf Ausbildungsniveaus definiert und ein Programm zur Anerkennung von Angeboten der Aus-

¹⁸ Palliative Care Australia hat im Juni 1998 eine Reihe von Indikatoren für die Performance der palliativen Betreuung entwickelt, die sich als Diskussionsgrundlage eignen.

Weiter- und Fortbildung erarbeitet („Standards and Stars“). Auf der Website von palliative.ch gibt es ein Verzeichnis anerkannter Kursangebote.¹⁹

Strukturierte Gespräche zur Bewältigung von Stress-Situationen und von traumatisierenden Ereignissen finden mit dem Betreuungsteam unter Anleitung fachkundiger Personen regelmässig statt und werden evaluiert.

¹⁹ <http://www.palliative.ch/index.php?id=129>

Literatur

- **Association canadienne de soins palliatifs ACSP et Frank D. FERRIS (2001):** Proposition de normes de pratique en soins palliatifs. Ottawa 2001, 39 pages. (Volltext kostenlos abzurufen von www.acsp.net)
- **EYCHMÜLLER Steffen, RAEMY-BASS Catherine (2001):** Bestandesaufnahme zur Situation von Palliative Care in der Schweiz. In: Primary Care 2001; 1: 272-275
- **EYCHMÜLLER Steffen (2001):** Stand und Standards der Palliative Care in der Schweiz. In: Managed Care 6/2001, S. 10 – 12
- **DOYLE Derek, HANKS Geoffrey W., MacDONALD Neil, eds. (1999 ²):** Oxford Textbook of Palliative Medicine. 1312 Seiten. ISBN 0192630571, Oxford University Press
- **GUGLIELMETTI Antonio (1993):** Influenza di un servizio di cure palliative a domicilio per malati oncologici terminali nella regione del Mendrisiotto. Diss. Med. Universität Bern, 27 p.
- **HÄNE Martin (2001):** Pflge-therapeutische Aspekte bei Menschen in der Endphase des Lebens im Felix Platter-Spital Basel. Plädoyer für die Schaffung einer Palliativstation. Abschlussarbeit HöFa I, Basel, 78 Seiten (Mimeo, zu beziehen beim Autor martin.haene@intergga.ch)
- **HUIJER ABU-SAAD Huda, COURTENS Annemie (2001):** Evidence-Based Palliative Care - Across the Life Span. 164 Seiten, ISBN 0632058188, Blackwell Science Inc.
- **KERN Martina (2000):** Palliativpflege. Richtlinien und Pflegestandards. Hrsg. Verein zur Betreuung und Begleitung von Schwerstkranken und Tumorkranken. 75 Seiten, Pallia Med Verlag Bonn 2000, ISBN 3-933154-42-1 (zu beziehen über Fax 0049 228 6481 9209)
- **KNIPPING Cornelia, Hrsg. (2007²):** Lehrbuch Palliative Care. Bern Hans Huber 2007, 740 Seiten, ISBN 878-3-456-84460-2
- **LYNN Joanne (2000):** Improving Care for the End of Life: A Sourcebook for Health Care Managers and Clinicians. 398 Seiten, Oxford University Press, ISBN 0195116615
- **NEUENSCHWANDER Hans, STEINER Nathalie, STIEFEL Friedrich, de STOUTZ Noémie, HUMBERT Nago, ST. LAURENT-GAGNON Thérèse (2000):** Palliativmedizin auf einen Blick. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Hrsg. Schweizerische Krebsliga. ISBN 3-9520752-3-X, 171 Seiten
- **Palliative Care Australia (1999):** Standards for Palliative Care Provision. Third Edition October 1999, 36 Seiten (Volltext kostenlos abzurufen auf www.pallcare.org.au)
- **Palliative Care Australia (1999):** Resource Manual for Palliative Care Performance Indicators in Australia. June 1998, (Volltext kostenlos abzurufen auf www.pallcare.org.au)
- **RENARD Delphine, CHÉRIF Chéraz, SANTOS-EGGIMANN Brigitte (2001):** Organisation des soins palliatifs dans le canton de Vaud: Rapport au Service de la santé publique du canton de Vaud et à la Direction du service des hospices cantonaux. Lausanne: IUMPS, Raisons de santé 64, 2001, 316 p.
- **Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, Hrsg. (2001):** Standards. Grundsätze und Richtlinien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung in der Schweiz. ca. 11 Seiten, März 2001 (Mitglieder der Arbeitsgruppe Standards: Dr. Steffen Eychmüller, St. Gallen, Leiter; Cornelia Knipping, St. Gallen; Dr. Marianne Lang, Lugano; Dr. Claudia Mazzocato, Lausanne, Andrea Tschopp-Hafenbrack, Basel; Nicole Zlatev-Scocard, Genève)
- **SPICHIGER Elisabeth (1999):** Rahmenbedingungen für die palliative Betreuung. Leitfaden für Palliative Pflege und Medizin Inselspital Bern. Arbeitsgruppe Palliative Pflege und Medizin, Inselspital Bern November 1999 (mimeo) 6 Seiten + Anhang 1: Der Runde Tisch (2 Seiten), im Intranet des Inselspitals abrufbar
- **STRECKEISEN Ursula (2001):** Zur Expertisierung und Kultivierung von Sterben und Tod in unserer Gesellschaft. In: Managed Care 6/2001, S. 23 – 24

Standard 26: Sichere Medikation

| Standardelement | Bewertungskriterium |
|---|---|
| 1. Ein Konzept regelt relevante Aspekte der sicheren Medikation. Dieses Konzept wird regelmässig evaluiert. | <ul style="list-style-type: none"> – Ein Konzept zur sicheren Medikation ist vorhanden. – Das Konzept ist den betroffenen Mitarbeitenden bekannt. – Das Konzept ist aktuell.²⁰ – Das Konzept ist von der obersten operativen Entscheidungsinstanz der Einrichtung genehmigt. |
| 2. Bei jedem Patienten und jeder Patientin wird eine Medikamentenanamnese erhoben und dokumentiert. | <ul style="list-style-type: none"> – Die Medikamenten-Anamnese ist vollständig durchgeführt und für Dritte nachvollziehbar dokumentiert. – Die Einrichtung hat Richtlinien zum Umgang mit der Selbstmedikation des Patienten bzw. der Patientin erstellt. |
| 3. Bei jeder medikamentösen Neuverordnung wird der Patient bzw. die Patientin über die zu erwartende Wirkung und über mögliche Nebenwirkungen informiert. | <ul style="list-style-type: none"> – Die erfolgte Information über die medikamentöse Neuverordnung ist im Patientendossier mit Datum vermerkt. |
| 4. Eine Arzneimittelliste gibt Auskunft darüber, welche Medikamente in der Einrichtung in welcher Wirkstärke und Applikationsform zur Verfügung stehen. | <ul style="list-style-type: none"> – Es ist geregelt, welches Gremium die Arzneimittelliste nach welchen Kriterien zusammenstellt, verwaltet und aktualisiert. – Ausnahmen für Verordnungen ausserhalb der Arzneimittelliste sind geregelt. – Arzneimittelliste und Arzneimittelkompendium sind allen am Medikationsprozess mitwirkenden Mitarbeitenden jederzeit zugänglich. – Die Einrichtung legt fest, wo Informationen über die korrekte Verabreichung der Medikamente (z.B. Teilbarkeit von Tabletten, Haltbarkeit nach Anbruch, Stabilität von aufgelösten Trockensubstanzen, etc.) erhältlich sind. |
| 5. Die Einrichtung verfügt über Richtlinien und/oder Standards bezüglich des Verschreibens, Bestellens und Richtens und Verabreichens von Medikamenten. | <ul style="list-style-type: none"> – Es ist festgelegt, wie der Medikationsprozess in der Einrichtung dokumentiert wird. – Die Verordnung von Medikamenten erfolgt schriftlich. Regeln zur mündlichen Verordnung von Medikamenten in Notfällen sind festgelegt. – Ärztinnen und Ärzte werden bezüglich der korrekten Verordnungspraxis regelmässig geschult. Die Schulung der Ärztinnen und Ärzte umfasst die wesentlichen Aspekte der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik. – Patientinnen und Patienten werden identifiziert, bevor Medikamente verabreicht werden. – Verordnungen, Vorbereitung und Ausgabe der Medikamente werden verifiziert. – Die Einrichtung regelt schriftlich, wer die Verifikation nach welchen Kriterien und zu welchem Zeitpunkt vornimmt. |
| 6. Medikamente werden in einer sicheren und sauberen Umgebung gelagert. | <ul style="list-style-type: none"> – Medikamente werden gesetzeskonform gelagert, gerichtet, beschriftet und datiert. – Eine pharmazeutisch geschulte Person überwacht die Lagerung, Vorbereitung und Ausgabe der Medikamente. |

²⁰ 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.

| | |
|---|---|
| <p>7. Unerwünschte Ereignisse und Fehler im Medikationsprozess werden erfasst und im Team besprochen, und es werden Massnahmen zu deren Verhinderung umgesetzt.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Das Konzept definiert den Begriff „Unerwünschtes Ereignis und Fehler im Medikationsprozess“. Die Mitarbeitenden kennen diesen Begriff. – Der Meldeweg für unerwünschte Ereignisse und Fehler ist bestimmt. – Der Meldeweg ist in der Einrichtung bekannt. – Die Verantwortlichen für die Entgegennahme, Dokumentation und Bearbeitung der unerwünschten Ereignisse im Medikationsprozess sind bestimmt. – Die Verantwortlichen sind in der Einrichtung bekannt. – Nachweise, dass Meldungen zu Verbesserungen des Medikationsprozesses verwendet wurden, sind vorhanden. |
| <p>8. Austretende Patientinnen und Patienten werden über ihre Entlassungsmedikation in geeigneter Form informiert. Das Konzept zeigt auf, wie die Information an die nachsorgenden Partner erfolgt.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Vor der Entlassung bespricht der verordnende Arzt bzw. die verordnende Ärztin mit dem Patient bzw. der Patientin die verordneten Medikamente. Diese Besprechung ist dokumentiert. – Die Medikamenteninstruktion wird auf einer Dosierungskarte festgehalten und dem austretenden Patienten bzw. der austretenden Patientin mitgegeben. – Die Informationswege bezüglich Austrittsmedikation mit nachsorgenden Partnern (Spitex/Hausärzte, Alters- und Pflegeheime) sind geregelt. |

Standard 26: Sichere Medikation

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Medikation heisst der Prozess der Verordnung, des Bestellens, des Richtens, des Verteilens und des Verabreichens von Medikamenten. Er umfasst insbesondere auch die Information des Patienten bzw. der Patientin über erwartete und mögliche Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten sowie auch die Kontrolle der Verträglichkeit und des Therapieerfolges. Dieser Standard konzentriert sich auf Massnahmen zur Erhöhung der Sicherheit im Prozess des Verordnens, Richtens, Verteilens und Verabreichens von Medikamenten. Zentrale Elemente sind dabei die Information der Patientinnen und Patienten zu ihrer medikamentösen Therapie und der Umgang mit Fehlern im Medikationsprozess.

Die Auseinandersetzung mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen wird aus diesem Standard ausgeklammert. Dies geschieht nicht etwa, weil dieser Aspekt als weniger wichtig eingeschätzt würde, sondern in der Sorge um die Umsetzbarkeit des Standards. Wird das Paket der zu erfüllenden Kriterien zu umfangreich geschnürt, besteht die Gefahr einer Verzettelung der Kräfte. Ausserdem sind bestimmte Anforderungen bezüglich unerwünschter Arzneimittelwirkungen bereits von Gesetzes (Pharmaco-Vigilance²¹) wegen zu erfüllen.

Ein grosser Teil aller gemeldeten kritischen Zwischenfälle in Spitälern, Kliniken und Langzeitpflegeeinrichtungen in der Schweiz betrifft Fehler im Medikationsprozess. Vorsichtige Schätzungen rechnen mit Anteilen von zwischen 20 % und 40 % aller gemeldeten kritischen Zwischenfälle.

Eine Umfrage der Stiftung für Patientensicherheit ermittelte im Jahr 2006 die Problemfelder, die in Schweizer Spitälern als dringlich zu bearbeiten eingestuft worden waren. Die Rangliste der am häufigsten genannten und als am meisten relevant bewerteten Problemfelder bezüglich Medikationsfehler sah folgendermassen aus²²:

1. Fehler beim Richten von Medikamenten.
2. Verabreichen von Medikamenten an den falschen Patienten.
3. Fehldosierungen.
4. Schlechte Lesbarkeit von ärztlichen Verordnungen.
5. Mangelnde/fehlende Information über Medikamente bei/nach Austritt.
6. Übertragungsfehler beim Kopieren von Verordnungen.

²¹ Pharmaco-Vigilance: Meldepflicht von unerwünschten Wirkungen von Medikamenten Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz) SR 812.21, Art. 59 Meldepflicht, Meldesystem und Melderecht

²² FRANK Olga, HOCHREUTENER Marc-Anton (2008): Problemfelder (Hot-Spots) in der Patientensicherheit. Ergebnisse einer Befragung in Schweizer Spitälern. Schweizerische Ärztezeitung 2008;89: 24, Seite 1082

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Das Konzept regelt alle wichtigen Aspekte der im Standard aufgeführten Teilelemente. Es regelt, wie neu eintretende Mitarbeitende in das Thema eingeführt werden und wie Schulungsmassnahmen umgesetzt werden. Die oberste Leitung hat das Konzept genehmigt. Inhalte daraus werden regelmässig evaluiert. Das Konzept zeigt auch den Zusammenhang zu einem allfällig bestehenden Critical Incident Reporting and Monitoring System CIRS auf.

Zu 2

Die Medikamentenanamnese wird unmittelbar nach dem Eintritt eines Patienten oder einer Patientin durchgeführt. Die Einrichtung kann bei vorhersehbaren Aufnahmen mittels entsprechender Information (zum Beispiel mit schriftlichen Informationen zur Vorbereitung auf den Eintritt) dazu beitragen, dass die Patientinnen und Patienten ihre eigenen Medikamente in den Originalpackungen und/oder die so genannte Medikamentenkarte des Hausarztes und die Medibox mitbringen. Ziel ist es, die Selbstmedikation und die bereits früher verordneten Medikamente möglichst vollständig zu erfassen. Besondere Aufmerksamkeit verlangen dabei Generica, aus dem Ausland mitgebrachte Medikamente sowie Produkte aus der Alternativmedizin.

Die Medikamentenanamnese ist durch den Arzt bzw. durch die Ärztin, eventuell unter Mitwirkung des Spitalapothekers bzw. der Spitalapothekerin, unmittelbar nach der Aufnahme durchzuführen und sofort zu dokumentieren. Die Einrichtung setzt eine SOLL-Frist.

Unter „Selbstmedikation“ wird in diesem Zusammenhang die Einnahme von nicht ärztlich verordneten Medikamenten verstanden. Diese Medikamente werden beim Eintritt erfasst und deren Einnahme im Patientendossier vermerkt.

Zu 3

Das Konzept regelt, wie die Information bezüglich Wirkungen und unerwünschten Wirkungen von Medikamenten in geeigneter Form dem Patienten bzw. der Patientin oder der Bezugsperson kommuniziert wird. Die erfolgte Information über die medikamentöse Neuverordnung wird im Patientendossier mit Datum vermerkt.

Bei kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten wird die Bezugsperson in geeigneter Form informiert.

Die Information sollte auch allfällige mögliche Wechselwirkungen mit weiteren Medikamenten thematisieren.

Zu 4

Die Einrichtung entscheidet, welche Arzneimittel sie zur Verschreibung und Verabreichung in welchen Dosierungen und galenischen Formen intern zur Verfügung hält und welche sie allenfalls in einer definierten Frist extern beziehen kann. Der Leistungsauftrag der Einrichtung, Behandlungsziele, Patientenbedürfnisse sowie wirtschaftliche und evidenz-basierte Gesichtspunkte können diese Entscheidung beeinflussen. Die Listung der Arzneimittel erfolgt in der Regel in einem Konsensverfahren im dafür bestimmten Gremium (Arzneimittelkommission) innerhalb der Einrichtung. Am erforderlichen Auswahlprozess sind möglichst alle am Medikationsprozess mitwirkenden Stellen zu beteiligen, um eine hohe Akzeptanz dieser Liste zu gewährleisten.

Bei der Gestaltung der Arzneimittelliste ist den Sicherheitserfordernissen Rechnung zu tragen. Medikamente, die bekanntermassen bereits Anlass zu Verwechslungen boten („sound-alikes“ oder „look-alikes“), sind mit geeigneten Massnahmen (z.B. spezielle Lagerung oder Kennzeichnung) zu sichern, um Verwechslungen zu verhindern.

Änderungen der Arzneimittelliste werden nachvollziehbar dokumentiert (Datierung, Versionierung, Verzeichnis der vorgenommenen Änderungen) und allen am Medikationsprozess Mitwirkenden kommuniziert.

Zu 5

Handlungsanweisungen gewährleisten die Verabreichung des richtigen Arzneimittels in der richtigen Dosierung zur richtigen Zeit in der richtigen Darreichungsform an den richtigen Patienten („5 R-Regel“); d.h. sie regeln in der Einrichtung die Verschreibung, die Bestellung, die Identifikation von Patienten, das Verabreichen sowie das Monitoring mit der entsprechenden Dokumentation. Besondere Vorsicht verlangt die Dokumentation von allenfalls mündlich verordneten Arzneimitteln sowie diejenigen mit verschärfter Rezeptpflicht (Betäubungsmittel). Die Erarbeitung solcher Handlungsanweisungen erfolgt interprofessionell, und eine periodische Überprüfung sowie Aktualisierung ist vorgesehen.

Ärztinnen und Ärzte werden in der korrekten Verordnungspraxis und Rezeptur geschult

Die Mitarbeitenden werden zu Belangen der Sicherheit von Verschreibung, Bestellung, Richten, Patientenidentifikation sowie Verabreichung und Monitoring regelmässig geschult. Eine entsprechend qualifizierte Person überprüft alle Verordnungen und das Richten von Arzneimitteln, bevor sie verabreicht werden.

Der Einsatz von elektronischen Hilfsmitteln, wie Barcode-Technologie, Pyxis oder „Unit dose“ kann dazu beitragen, Verwechslungen zu vermeiden.

Vorbereitung und Ausgabe von Medikamenten erfolgen an einem dafür bezeichneten sauberen, sicheren Ort und in Übereinstimmung mit den geltenden Gesetzen, fachlichen Richtlinien und professionellen Qualitätsstandards. Dazu gehört auch, dass die richtende Person an einem Ort arbeiten kann, an welchem sie möglichst wenig gestört oder abgelenkt wird.

Zu 6

Die Verantwortung für die Einhaltung der genannten trägt eine dafür qualifizierte pharmazeutische Fachkraft. Für ausserhalb der Apotheke gelagerte Arzneimittel gelten die gleichen Sicherheitsanforderungen und Lagervorschriften.

Zu 7

Mitarbeitende werden dafür sensibilisiert, wie wichtig die Meldung von unerwünschten Ereignissen und Fehlern im Medikationsprozess ist. Die Mitarbeitenden besprechen im interprofessionellen Team gemeldete Fehler und unerwünschte Ereignisse in der Medikation und erarbeiten Vorschläge und Massnahmen zu deren Vermeidung und Bewältigung.

Bei einem bereits bestehenden CIRS werden die diesbezüglich vorgesehen Gremien miteinbezogen.

Zu 8

Die Besprechung beinhaltet zumindest die Instruktion über die einzunehmenden Medikamente, Informationen zu möglichen Nebenwirkungen, Hinweise auf Warnsignale und zur Dauer der Einnahme.

Kopien der Listen von verordneten Medikamenten werden dem nachbehandelnden Arzt bzw. der nachbehandelnden Ärztin, dem Pflegeheim, der Spitex-Organisation etc. übermittelt.

Literatur

- **AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT (2006):** Checkliste Arzneitherapiesicherheit im Krankenhaus, September 2006, 3 Seiten, zugegriffen am 4. März 2009 auf www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/apsside/07-09-17_MF_Checkliste.pdf
- **COUNCIL OF EUROPE (2007):** Expert Group on Safe Medication Practices (P-SP-PH/SAFE): Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. Report. 274 p. auf <http://www.gs1health.net/downloads/medication.safety.report.2007.pdf>
- **DeMICHELE COUSINS Diane, ed. (1998):** Medication Use: A Systems Approach to Reducing Errors. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Oakbrook Terrace 1098, 143 p.
- **FRANK Olga, HOCHREUTENER Marc-Anton (2008):** Problemfelder (Hot-Spots) in der Patientensicherheit. Ergebnisse einer Befragung in Schweizer Spitälern. Schweizerische Ärztezeitung 2008;89: 24, 10269 - 10820
- **GRANDT Kai Daniel (2006):** Arzneitherapie-Sicherheits-Indikatoren. Welche Patient-Safety-Indicators kommen in Frage? Klinikum Saarbrücken, 14 Folien, zugegriffen am 4. März 2009 auf www.gqmg.de/Dokumente/fohlen_gqmg_2006/ArzneitherapieSicherheitsIndikatoren.pdf
- **GSASA und APEQ (2004):** Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken. RQS, 2004, 80 Seiten (*Das Referenzsystem ist für die Mitglieder der GSASA verfügbar auf der Internetseite www.gsasa.ch mittels gesichertem Zugang*)
- **HEALTH CARE ASSOCIATION of NEW JERSEY (2002⁶³):** Medication Management Guideline. Approved and adopted 04/2006. Revised 03/20026. Hamilton 2006, 33 p.
- **HUG Balthasar, SCHILTKNECHT Stefan, STEGER Patrick (2003):** Medikamentenmanagement im Zentrums-spital. Unter besonderer Berücksichtigung der Medikamentensicherheit und Kosten. Projektarbeit der Universität St. Gallen zur Erlangung des Titels Executive MBA HSG. BoD Norderstedt, 2003, ISBN 3-0344-0169-8, EUR 16.-, 99 Seiten und Beilage
- **INSTITUTE OF MEDICINE (2000):** To Err is Human. Buildig a Safer Health System. Linda T. KOHN, Janet M: CORRIGAN, Molla S. DONALDSON, editors. National Academy Press Washington DC, 234 p.
- **INSTITUTE OF MEDICINE, ed. (2001):** Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. National Academy Press, Washington D.C., 337 Seiten
- **JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2004²):** Standards für Krankenhäuser. Offizielle deutsche Übersetzung. In Kraft gesetzt 2003. Zweite Auflage. 219 Seiten (mimeo)
- **KREPELT Christine (1991):** Medikationsfehler im Spital. Diss. Universität Basel 1991
- **LEITLINIENGRUPPE HESSEN (2009):** Arzneimitteltherapie im Alter. Hausärztliche Leitlinie Geriatrie Teil 1 www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/index/deutsch/qualitaetszirkel/index/hessen/view
- **MARTINELLI Enea (2007):** Unerwünschte Ereignisse in der Medikamentösen Therapie, 31 Folien, Interlaken Juni 2007, zugegriffen am 4. März 2009 auf www.spitapo-berner-oberland.ch/Qualitaetsmanagement%20im%20Medikationsprozess.pdf
- **MÖLLER Horst (2009):** Schwerpunkte zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit im Versorgungsprozess, 24 Folien, zugegriffen am 4. März 2009 auf www.abda.de/fileadmin/downloads/2009_Symposium_Versorgungsforschung/Symposium_Versorgungsforschung_Vortrag_Moeller.pdf
- **OERTLE Marc (2003):** Fehlerreduktion und das Risiko der Sicherheit: Elektronisches Medikamentenmanagement im Spital. Schweizerische Ärztezeitung 2003;84: 41, 2136 – 2138
- **OERTLE Marc, HUFSCHMID Edith, LANKER KLOSSNER Barbara (2005):** Kombination von elektronischer Verordnung und elektronischer Medikamentendistribution im Spital: Qualitäts- und Prozessoptimierung bei der Medikation. Swiss Medical Informatics 2005. Nr. 54, S. 18 - 22
- **OERTLE Marc (2006):** 5 Jahre e-Medikationsprozess: Vom ersten Test zum spitalweiten Data Warehouse. Swiss Medical Informatics 2006. Nr. 61, S. 12 - 14
- **SCHLIENGER Raymond (1995):** Die Erfassung und Bearbeitung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf einer internmedizinischen Bettenstation. Diss. med. Basel 1995
- **WACHTER Robert M. (2010):** Fokus Patientensicherheit. Fehler vermeiden, Risiken managen. Herausgegeben von Joachim KOPPENBERG, Peter GAUSSMANN und Michael HENNINGER. McGraw-Hill/ABW Wissenschaftsverlag, Berlin 2010, 228 Seiten. Hierzu Kapitel 4: „Medikationsfehler“, Seiten 29 - 38
- **WIEDEMEIER Peter, MUFF Patrik, BENEY Johnny, BISSIG Marco, CINGRIA Laurence, LAMPERT Markus, LEU MARSEILER Ruth (2006):** Risikomanagement. Grundlagen und Strategie der GSASA – Version 1.0 / 20.11.06, 13 Seiten

Standard 28: Decubitusvermeidung und -behandlung

| Standardelement | Bewertungskriterium |
|---|--|
| <p>1. Jede Patientin und jeder Patient wird darauf hin beurteilt, ob eine Decubitusgefährdung vorliegen könnte.</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> | <ul style="list-style-type: none"> – Richtlinien zur Beurteilung der Decubitusgefährdung sind vorhanden. – Die Richtlinien sind instruiert. – Aktuelle, systematische Einschätzungen der Decubitusgefährdung liegen vor. |
| <p>2. Die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige kennen die Ursachen der Decubitusgefährdung. Sie werden über die geplanten Massnahmen zur Vermeidung informiert und wirken nach Möglichkeit an deren Umsetzung mit.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – 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 Decubitus, Behandlung, Verlauf und Heilung werden dokumentiert. Prophylaxe, Therapie und Pflege orientieren sich an für das gesamte Spital bzw. Heim verbindlichen Handlungsrichtlinien.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Die durchgeführten Risiko vermindernenden Massnahmen sind dokumentiert. – Handlungsrichtlinien für die Prophylaxe, Erkennung, Therapie und Pflege des Decubitus sind verfügbar. – 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 Decubitusrisiko einzuschätzen, verfügen über aktuelles Wissen zur Entstehung, Vermeidung und Heilung von Decubitus und kennen ihre Kompetenzen zur Decubitusbekämpfung.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – 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> | <ul style="list-style-type: none"> – 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 28: Decubitusvermeidung und -pflege

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Decubitusvermeidung und -behandlung sind nicht nur in der Langzeitpflege aktuell. Decubitus können auch in der Akutsomatik, zum Beispiel durch unsachgemässe Lagerung während längerer Operationen, entstehen. Erhebungen haben ergeben, dass um die 10% der 2'373 im Hôpital Universitaire de Genève beobachteten Patientinnen und Patienten ein oder mehrere Druckgeschwüre verschiedener Schweregrade entwickelten.²³ In der Intensivstation einer Kinderklinik in Boston (USA) entwickelten 27 % der beobachteten 319 Patientinnen und Patienten Druckgeschwüre. In der Pflege und Betreuung älterer und alten Patientinnen und Patienten kann dieser Anteil auf bis zu 30% ansteigen²⁴.

Ein Decubitus kann die Lebensqualität der Betroffenen stark einschränken, weil er permanent starke Schmerzen verursacht, die Selbstständigkeit einschränkt und zu sozialer Isolation führen kann. Jede Bewegung und Aktivität wird zur Qual. Die Wundbehandlung kann sowohl für den Patienten bzw. die Patientin als auch für die Pflegenden eine enorme Belastung darstellen. Die Therapie eines Druckgeschwürs kann Monate in Anspruch nehmen. Neben den Schmerzen kann ein Decubitus auch eine starke psychische Belastung bewirken.

Das Ziel ist die Vermeidung der Entstehung solcher Druckgeschwüre. Dazu werden verschiedene aufeinander abgestimmte, prophylaktische, aktivierende und rehabilitierende Massnahmen durchgeführt. Die wichtigsten sind die Mobilisierung, die regelmässigen und richtigen Lagerungen und die Druckentlastung des Patienten bzw. der Patientin. Zur Durchführung dieser Massnahmen werden Fachwissen, Hilfsmittel (z. B. Anti-Decubitus-Lagerungssysteme) und ein ausreichendes Mass an Zeit benötigt.

Eine konsequente Decubitusvermeidung ist nur mittels Einsatz beachtlicher personeller und finanzieller Ressourcen zu erreichen. Allerdings verursacht die Therapie von Decubitus noch viel höhere Kosten. Durch die in die Decubitusvermeidung wirksam eingesetzten Mittel könnte folglich ein Mehrfaches an Kosten eingespart werden.

Begriff

Ein Decubitus ist eine Gewebeschädigung, die durch hohen und länger anhaltenden Druck entsteht. Dieser Vorgang kann durch Reibung oder Scherkräfte zusätzlich negativ beeinflusst werden.

Messprojekte

- a) Der Verein Outcome Zürich bietet Decubitus als Messthema an. Zurzeit beteiligen sich über 50 Akutspitäler in den Kantonen Zürich, Bern (QABE), Solothurn (QUASO), Aargau und in weiteren Kantonen an diesem Messprojekt. Folgende Indikatoren werden erhoben:

²³ PERNEGER T.V., GASPOZ J.M., RAE A. C., BORST F., HELIOT C. (1998): Contribution of Individual Items to the Performance of the NORTON Pressure Ulcer Prediction Scale. J. Am Geriatr Soc. 1998 Oct; 46 (10): 1282 - 1286

²⁴ HORN S.D. et al. (2004): The National Pressure Ulcer Long-Term Care Study: Pressure Ulcer Development in Long-Term Care Residents. J. Am Geriatr Soc. 2004 Mar; 52 (3): 359-367

- Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während der Hospitalisation einen Decubitus Stadium 1 und höher entwickeln, bezogen auf die Anzahl der Patientinnen und Patienten des definierten Gesamtkollektivs;
 - Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während der Hospitalisation einen Decubitus Stadium 2 und höher entwickeln, bezogen auf die Anzahl der Patientinnen und Patienten des definierten Gesamtkollektivs;
 - Anzahl der Patientinnen und Patienten mit vorbestehendem Decubitus Stadium 1, welche sich bei Austritt im Vergleich zum Eintritt um einen oder mehrere Grade verschlechtert haben, bezogen auf die Anzahl der Patientinnen und Patienten des definierten Gesamtkollektivs;
 - Anzahl der Patientinnen und Patienten mit vorbestehendem Decubitus Stadium 2, welche sich bei Austritt im Vergleich zum Eintritt um einen oder mehrere Grade verschlechtert haben, bezogen auf die Anzahl der Patientinnen und Patienten des definierten Gesamtkollektivs;
- b) Die Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren der Pflegekaderkonferenz des Verbandes Heime und Spitäler Graubünden bietet das Formular „Decubituserfassung“ an.

Erläuterungen zu den Standardelementen

Zu 1

Standardisierte und validierte Einschätzungsskalen z. B. nach BRADEN, WATERLOW oder NORTON, können dabei wertvolle Unterstützung leisten. In amerikanischen Studien wird beschrieben, dass die Anwendung der BRADEN-Skala durch geübte Pflegefachpersonen ca. eine Minute in Anspruch nimmt, vorausgesetzt, dass vorgängig eine gute Instruktion zu diesem Einschätzungsinstrument erfolgte. Erfahrungen in der Schweiz zeigen, dass eine Einschätzung des Decubitus-Risikos mittels der BRADEN-Skala im Durchschnitt etwa zwei bis drei Minuten in Anspruch nahm. Allgemein gilt: Die Anwendung solcher Skalen muss gut instruiert werden.

Zu 2

Die Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen kann entscheidend zum Erfolg der Vermeidungsmassnahmen beitragen. Folgende Punkte können angesprochen werden: Risikofaktoren, Verwendung der Einschätzungsskala, Hauteinschätzung, Einsatz von Hilfsmitteln, individuelles Hautpflegeprogramm, Ernährungsfragen, Demonstration von Lagerungsmöglichkeiten, Dokumentation.

Zu 3

Risikofaktoren, Hauteinschätzung, Prophylaxe- und Behandlungsplan, einschliesslich des Zeitplanes für den Einsatz der Einschätzungsskala und der Pflegestrategien werden dokumentiert.

Zu 4

Die Verantwortlichen vergewissern sich kontinuierlich darüber, dass die Mitarbeitenden mit den geltenden Richtlinien und Konzepten vertraut sind und sie akzeptieren können. In die Arbeiten einzubeziehen sind auch, falls vorhanden, die Physiotherapie, die Wundberatung, die Aktivierungstherapie, die Ergotherapie, die Ernährungsberatung und die Diätküche.

Zu 5

Hier wird der Qualitätsregelkreis nach DEMING (PLAN-DO-CHECK-ACT) angesprochen. Die Phase CHECK kann mit Hilfe des Datenerfassungsformulars H+S Graubünden oder im Rahmen der Outcome-Messungen des Vereins Outcome Zürich erfolgen. Entscheidend ist dabei, dass es nicht bei der Erfassung bleibt, sondern dass aus den Ergebnissen Konsequenzen gezogen werden und gegebenenfalls zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Literatur

- **Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren Pflegekaderkonferenz Verband H+S Graubünden (2004):** Ordner Qualitätsindikatoren. (Auskunft: Thomas Pfiffner, Klinik St. Pirminsberg, thomas.pfiffner@psych.ch)
- **CURLEY M.A., Quigley S.M., LIN M. (2003) :** Pressure Ulcers in Pediatric Intensive Care: Incidence and Associated Factors. *Pediatr Crit Care Med* 2003 Jul ; 4 (3) : 284-90
- **Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Hrsg. (2004):** Expertenstandard Decubitusprophylaxe in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung (Februar 2004), 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie (1999-2002). ISBN: 3-00-009033-9, 137 Seiten, Osnabrück (www.dnqp.de) Zu beziehen bei j.schemann@fh-osnabrück.de
- **HORN S.D. et al. (2004):** The National Pressure Ulcer Long-Term Care Study: Pressure Ulcer Development in Long-Term Care Residents. *J. Am Geriatr Soc.* 2004 Mar; 52 (3): 359-367
- **KRESEVIC Denise et al. (2001):** Decubitusprophylaxe. In: **ABRAHAM Ivo, BOTTRELL Melissa M., FULMER Terry, MEZEY Mathy D., Hrsg. (2001) :** Pflegestandards für die Versorgung alter Menschen. Hans Huber Bern, Seiten 119 - 126
- **PERNEGER T.V., GASPOZ J.M., RAE A. C., BORST F., HELIOT C. (1998):** Contribution of Individual Items to the Performance of the NORTON Pressure Ulcer Prediction Scale. *J. Am Geriatr Soc.* 1998 Oct; 46 (10): 1282 – 1286
- **PERNEGER T.V., RAE A. C., GASPOZ J.M., BORST F., Vitek O., HELIOT C. (2002):** Screening for pressure ulcer risk in an acute care hospital : development of a brief bedside scale. *J Clin Epidemiol* 2002 May, 55 (5) : 498 – 504
- **SCHLÖMER Gabriele (2003):** Decubitusrisikoskalen als Screeninginstrumente – Ein systematischer Überblick externer Evidenz. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2003 Feb. 97 (1) S. 33 – 46
- **Verein Outcome Zürich (2004):** Mess-Manual Decubitus D05, V3.1, 13 Seiten; Erhebungsbogen Decubitus D05 (V5.2)

Standard 29: Sturzprävention

| Standardelement | Bewertungskriterium |
|---|---|
| 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Das Konzept zur Sturzprävention liegt vor. – Das Konzept wird umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft. – Die Massnahmen zur Sturzprävention werden dokumentiert. – Anzeichen von Sturzanst werden aufmerksam beobachtet und thematisiert. – Angebote zum Mobilitätstraining (Gleichgewichtsübungen, Gehtraining, Kraftübungen) sind vorhanden. |
| 2. Das Konzept regelt, ob und wie ein systematisches Screening auf Sturzgefährdung durchgeführt wird. | <ul style="list-style-type: none"> – Die Sturzrisiko-Beurteilung wird in den ersten Tagen nach Eintritt vorgenommen. – In den Patientendokumentationen ist festgehalten, wann die nächste Beurteilung fällig wird. – Die Patientendokumentationen der gefährdeten Personen sind speziell gekennzeichnet. – Zielgerichtete Massnahmen werden abgeleitet. |
| 3. Das Unternehmen erfasst mittels Sturzprotokoll alle Stürze mit und ohne Folgen. | <ul style="list-style-type: none"> – Vollständige Sturzprotokolle mit Angaben zu allfälligen Folgen liegen vor. – Die Protokolle dienen der Auswertung individueller Sturzmuster einzelner Patientinnen und Patienten und der beeinflussenden Faktoren. |
| 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. | <ul style="list-style-type: none"> – Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen finden statt und werden evaluiert. – Die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige werden einbezogen. |
| 5. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird gemessen, und die Messergebnisse werden periodisch von den Ärzten, Ärztinnen, Pflegenden und weiteren beteiligten Mitarbeitenden gemeinsam beurteilt. | <ul style="list-style-type: none"> – Sturzzahlen werden ausgewiesen und kommentiert. – Der Verletzungsindex wird berechnet und kommentiert. – Interdisziplinäre Auswertungssitzungen finden statt. Konsequenzen werden gezogen, Massnahmen zur allfälligen Verbesserung werden ergriffen. |

Standard 29: Sturzprävention

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

Stürze bedeuten für die Betroffenen Schrecken, Schmerzen, Verletzung und können zu Invalidität und Tod führen. Insbesondere hüftnahe Frakturen sind häufige Verletzungen, die für die meist älteren Menschen negative Folgen bzgl. Mobilität und Unabhängigkeit haben. (1,2) Sturzbedingte Frakturen verursachen jährlich hohe zusätzliche Spitalkosten.

Bei der Suche nach der Ursache für einen Sturz kommen oft mehrere Faktoren zusammen. Umgebungsfaktoren, wie ungenügende Beleuchtung und nasse Böden, können zu Stürzen führen. Als weitere Ursachen kommen bestimmte Krankheiten in Frage, die eine Gangunsicherheit zur Folge haben können, z.B. Morbus Parkinson, Beschwerden am Bewegungsapparat und Lähmungen nach einem Schlaganfall. Herz-Kreislaufferkrankungen oder Diabetes mellitus mit Schwankungen des Blutzuckers, können Stürze durch Schwindel oder Verlust des Bewusstseins verursachen. Eine verminderte Sehkraft kann ebenfalls zu Stürzen führen. Auch Medikamente, welche die Wachheit des Patienten oder der Patientin beeinflussen, begünstigen einen Sturz. Aber auch schon allein das Gefühl der Unsicherheit kann zu einer erhöhten Sturzgefahr führen.

Stürze sollen nicht als unabwendbar gesehen werden. Es ist möglich, durch Erkennen und Beseitigen von Risikofaktoren und vor allem durch eine aktive Mitarbeit der Gefährdeten, einem Sturz vorzubeugen.

Stürze in Spitälern, Heimen und Rehabilitationseinrichtungen können Folgen der Förderung der Mobilität sein. Diese genießt höchste Priorität, da die Förderung der Mobilität einen direkten Auftrag dieser Institutionen darstellt. Anders ausgedrückt: eine nahezu vollständige Vermeidung von Stürzen liesse sich nur unter Preisgabe eines zentralen Elements des Leistungsauftrags und oft unter Verletzung wichtiger Grundrechte erreichen.

Definition Sturz

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt. (1)

Erläuterungen zu den Standardelementen:

Zu 1

Wir empfehlen, die Arbeiten auf besonders gefährdete Patientengruppen (z. B. auf die Altersgruppe der über 70-jährigen) zu fokussieren. Die Unternehmensleitung sollte sich überlegen, auf welchen Abteilungen und bei welchen Patientengruppen aufgrund der bisherigen Erfahrungen und Erhebungen die Sturzgefährdung am grössten und die Sturzfolgen am gravierendsten sind, und dann entscheiden, die Aufmerksamkeit für eine bestimmte Zeitperiode auf diese Abteilung(en) oder Patientengruppe(n) zu konzentrieren, um dort konsequent sämtliche sturzprophylaktischen Massnahmen zur Anwendung zu bringen und die Zielerreichung zu messen. Sobald sich das Konzept der Sturzvermeidung in diesem beschränkten Bereich während längerer Zeit bewährt hat, ist es möglich, dieses zu einem späteren Zeitpunkt auf weitere Bereiche des Unternehmens auszudehnen.

Zu 2

Zur Beurteilung des Sturzrisikos gibt es mehrere erprobte Instrumente. Kein Instrument kann Stürze verlässlich voraussagen. Die beste Sturzprävention ist wohl die Kombination von aufmerksamer Beobachtung, pflegerischem Urteilsvermögen und Anwendung eines erprobten Instruments (3,4).

Stürze in der Vergangenheit sind ein Risikofaktor für weitere Stürze. Beim Eintritt wird deshalb eine Sturzanamnese erhoben: Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen werden nach früheren Stürzen und den Begleitumständen dieser Stürze gefragt.

Die Risikofaktoren generieren die Pflegediagnose „Sturzrisiko“ um präventive Massnahmen einzuleiten. (5)

Zu 3

Alle Mitarbeitenden sollten den Sinn einer lückenlosen Erhebung aller Stürze verstehen. Risiken können sich früh durch eine Reihe von Bagatellvorkommnissen ankündigen, welche keine Schäden verursachen. Erst die systematische Erhebung und Auswertung über längere Zeiträume ermöglicht die Früherkennung möglicher Risiken. (6, 7)

Von speziellem Interesse sind jene Personen, welche mehrere Sturzereignisse verzeichnen. Darum ist es empfehlenswert, die Erfassung so zu gestalten, dass die erfassten Ereignisse einzelnen Personen zugeordnet werden können.

Bezogen auf die Institution interessieren z. B. gehäufte Stürze zu bestimmten Tageszeiten und/oder an bestimmten Orten.

Zu 4

Das Gespräch mit den Betroffenen – so weit möglich – und ihren Angehörigen zwecks Information und Aufklärung stellt die Grundlage aller Massnahmen dar. Falls die Betroffenen willens und in der Lage sind, können sie an Schulungen zur Sturzprävention und an Mobilitätstrainings teilnehmen.

Zu 5

Das wohl wichtigste und interessanteste Ergebniskriterium, nämlich die Zahl der vermiedenen Stürze (und folglich die Summe der dadurch eingesparten Kosten) lässt sich nicht messen, nicht einmal zuverlässig schätzen. Es bestehen jedoch Möglichkeiten, den IST-Zustand, bzw. den Grad der Zielerreichung des Projektes mit Näherungswerten behelfsmässig zu beurteilen. In der internationalen Literatur gibt es Hinweise auf Sturzzraten. Je nach Setting bewegen sich diese zwischen 0,3 und 19 Stürzen auf 1000 Pflegetage. Während des Spitalaufenthalts stürzen ca. 2 – 15% der Patienten. (7)

Eine geläufige Hypothese im Zusammenhang mit Projekten zur Sturzprävention lautet, dass solche Projekte über die Zeit nicht zur Reduktion der absoluten Anzahl der gemeldeten/beobachteten Stürze führen, dass sich aber die Sensibilisierung der Mitarbeitenden dahin gehend auswirkt, dass die Anzahl der gemeldeten/beobachteten Stürze mit schweren und schwersten Sturzfolgen (schwere Verletzungen, welche die Genesung des Patienten erheblich beeinflussen, wie zum Beispiel Frakturen, grosse Schnittwunden, Kopfverletzungen etc.) reduziert wird. Der Verletzungsindex lässt sich folgendermassen berechnen: Zahl der Verletzungen geteilt durch Zahl der Stürze mal 100.

Literatur

- (1) Frank O. und R. Schwendimann (2008) Sturzprävention – Orientierungshilfe & Empfehlungen. *Schriftenreihe Patientensicherheit. NR.2.* Zürich: Stiftung Patientensicherheit.
- (2) Greyerz S.v., Gurtner F. und W. Wettstein (2004) Osteoporose und Stürze im Alter – Fakten und Handlungsbedarf. Bern: Bundesamt für Gesundheit. www.bag.admin.ch.
- (3) Müller R, Halfens R, Schwendimann R, Müller M, Imoberdorf R and Ballmer P (2009) Risikofaktoren für Stürze und sturzbedingte Verletzungen im Akutspital – Eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie. *Pflege.* 22 (6) 431-441.
- (4) Oliver D., Daly F., Martin F.C. and M. McMurdo (2004) Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age and Ageing.* 33 (2),122-130.
- (5) NANDA International (2014) Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2015-2017 (10th ed.). Herdman H. and S. Kamitsuru (eds.). Chichester: Wiley-Blackwell.
- (6) Bereich Fachentwicklung und Forschung Inselspital (2007) Klinische Leitlinie Sturzprävention und Interventionen nach einem Sturz für Erwachsene. Bern: Direktion Pflege MTT Universitätsspital.
- (7) Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2013) Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

Standard 30: Umgang mit bewegungseinschränken- den Massnahmen

| Standardelement | Bewertungskriterium |
|---|---|
| 1. Das Spital bzw. das Heim umschreibt, was unter einer bewegungseinschränkenden Massnahme zu verstehen ist. | <ul style="list-style-type: none"> – Eine Umschreibung von bewegungseinschränkenden Massnahmen ist vorhanden. – Die Umschreibung ist den Mitarbeitenden bekannt. – Die Umschreibung ist von der obersten operativen Entscheidungsinstanz des Spitals bzw. des Heims genehmigt. |
| 2. Das Spital bzw. das Heim regelt verbindlich Indikationsstellung, Vorbereitung, Durchführung, Überwachung und Aufhebung der bewegungseinschränkenden Massnahme sowie die Dokumentation. | <ul style="list-style-type: none"> – Der Ablauf ist geregelt. Die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sind geklärt. – Ablauf und Verantwortlichkeiten sind den beteiligten Mitarbeitenden bekannt. – Die Bedingungen, unter welchen bewegungseinschränkende Massnahmen angewendet werden können, sind definiert. – Die Bedingungen sind den Mitarbeitenden bekannt. – Die Massnahmen werden protokolliert. Die Protokolle sind vollständig und einheitlich. – Vor dem Einleiten einer Massnahme findet zwingend ein Gespräch mit dem Patienten/der Patientin, ev. den Angehörigen statt. (Ausgenommen sind Notfallsituationen: nach solchen findet ein Gespräch mit Angehörigen bzw. dem gesetzlichen Vertreter zum nächstmöglichen Zeitpunkt statt.) – Bei urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern werden Angehörige bezüglich der Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen informiert. Die Information wird dokumentiert. |
| 3. Das Konzept wird in regelmässigen Abständen evaluiert. Seine Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Angemessenheit wird überprüft. | <ul style="list-style-type: none"> – Die Zielerreichung wird gemessen, ausgewertet und beurteilt. – Ein Erfassungsprotokoll kommt zum Einsatz. – Die Kontrolle der richtigen und vollständigen Anwendung der Konzepte ist gewährleistet. – Mindestens eine Evaluation wird nach 12 Monaten vorgenommen. Eine allfällig vorgenommene Revision kann belegt werden. |
| 4. Das Verständnis und das Einverständnis der Mitarbeitenden und der Angehörigen mit dem Konzept werden regelmässig überprüft. | <ul style="list-style-type: none"> – Erhebungen der Urteile von Pflegenden, Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen werden durchgeführt. |
| 5. Die Mitarbeitenden werden regelmässig über den Stand der Arbeiten, über die Ergebnisse der Überprüfungen und über ausserordentliche Ereignisse im Zusammenhang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen informiert. | <ul style="list-style-type: none"> – Protokolle von Besprechungen liegen vor. – Die fachliche und psychologische Begleitung des Teams ist gewährleistet. – Der Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen wird in Aus- und Weiterbildungsangeboten thematisiert. |

Standard 30: Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen

Erläuterungen zum Standard:

Einleitung

In stationären Pflegeeinrichtungen besteht die Gefahr der Bevormundung von Patientinnen und Patienten und der Verletzung ihrer Grundrechte. Die Anwendung freiheitseinschränkender Massnahmen zur Vermeidung von Selbst- oder Fremdgefährdung kann schnell Teil des pflegerischen Alltags werden. Leicht kann dabei in Vergessenheit geraten, dass ein solches Handeln, wenn es ohne Zustimmung der Betroffenen erfolgt, einen Eingriff in die Grundrechte des Menschen darstellt. Und diese Massnahmen führen auch nicht immer zu einer Reduktion der Gefährdung, sondern können diese unter Umständen noch erhöhen.

Jeder Mensch hat grundsätzlich das Recht, so zu leben, wie er möchte; auch dann, wenn sein Verhalten krankhaft erscheint oder pflegerische Abläufe behindert. Jede Anwendung freiheitseinschränkender Massnahmen muss deshalb unter Berücksichtigung individueller und situationsspezifischer Aspekte sorgfältig überdacht und unter dem Gesichtspunkt der Grundrechte des Betroffenen kontinuierlich reflektiert werden. Dabei gilt es stets abzuwägen zwischen der angestrebten Abwendung einer Selbst- oder Fremdgefährdung und der vom Betroffenen empfundenen Einschränkung seiner Lebensqualität.

Die Medizinisch-ethischen Richtlinien zur Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften empfehlen, freiheitseinschränkende Massnahmen grundsätzlich nur mit Zustimmung der betroffenen Person, bzw. bei deren Urteilsunfähigkeit mit Zustimmung ihrer Vertrauensperson oder ihres gesetzlichen Vertreters zu ergreifen. Ist eine Person urteilsunfähig, und hat sie weder Vertrauensperson noch gesetzlichen Vertreter, oder ist in einer Notfallsituation eine Rückfrage nicht möglich, haben der Arzt oder die Ärztin, die Pflegenden und allenfalls zuständige Therapeutinnen und Therapeuten eine solche Massnahme in einem interdisziplinären Entscheidungsprozess, im besten Interesse der betroffenen Person und unter Einbezug der Angehörigen zu beschliessen. Ein Protokoll, das den Zweck, die Dauer und die Art jeder angewendeten Massnahme sowie den Namen der verantwortlichen Person und das Ergebnis der regelmässigen Neubeurteilung enthält, wird in die Krankengeschichte und/oder in die Pflegedokumentation aufgenommen.²⁵

Freiheitseinschränkende Massnahmen werden grundsätzlich nur als letzte mögliche Massnahme in Betracht gezogen; sie kommen erst dann zur Anwendung, wenn keine andere Problemlösung gefunden werden kann. Zuvor gilt es herauszufinden, welche möglichen Ursachen dem selbst- bzw. fremdgefährdenden Verhalten eines Patienten oder einer Patientin zugrunde liegen können. Häufig handelt es sich um nachvollziehbare Anlässe und Bedürfnisse, etwa den gestörten Schlaf-Rhythmus, nächtliche Angstzustände oder den gewünschten Toilettengang, denen durch individuelle Hilfsangebote Rechnung getragen werden kann. Durch Erprobung verschiedener Alternativmassnahmen kann in vielen Fällen eine Freiheitseinschränkung vermieden werden.

²⁵ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2004): Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Genehmigt vom Senat der SAMW am 18. Mai 2004, S. 10

Beispiele möglicher Alternativen

- neurologische Abklärung;
- Ausschluss von Ursachen wie Schmerzen, Angst, etc. die durch andere Interventionen gelindert werden können;
- Veränderung in der Medikation (ist z.B. eine Gangunsicherheit medikamentös bedingt?);
- Beobachtung des Allgemeinzustandes, der sich bei entsprechender Einflußnahme möglicherweise sehr rasch wieder verbessern kann (z.B. durch Ernährungsumstellung, vermehrte Flüssigkeitszufuhr);
- Veränderungen des Umfeldes, Reduktion von Risikofaktoren (z.B. Bett auf niedrigste Höhe fahren, Abpolstern des Fußbodens durch Matratzen), Gleitschutzteppiche, Antiglissocken, Sensorenmatte, Bodenpflege, Basale Stimulation®;
- Anbieten einer „nächtlichen Anlaufstelle“, z.B. indem in einem ausgewählten Raum nachts das Licht angelassen wird);
- Teilbettgitter (schräges oder halbhohes Bettgitter), Sensorenmatte, Gleitschutzteppich.
- Sitzwache.

Alternative Maßnahmen (bei Verzicht auf die Anwendung freiheitseinschränkender Massnahmen) werden nur in Abstimmung mit den Angehörigen und/oder Betreuern ergriffen, da das Gefährdungsrisiko des Patienten oder der Patientin in diesem Zeitraum erhöht ist.

Erläuterungen zu den Standardelementen

Zu 1

Beispiele von freiheitseinschränkenden Massnahmen sind Bettgitter (einseitig und beidseitig), Schlupfsack (ZEWI-Decke), Bettgurt, Rollstuhlfixation (Becken/Rücken), so genannte „Rollstuhltherapietische“, geschlossene Station bzw. geschlossene Wohnform, medikamentöse Ruhigstellung z. B. durch Neuroleptika, Benzodiazepinen, aber auch Massnahmen wie das unter Verschluss Halten von Kleidern und Schuhen, das Verhindern von Kommunikation mit der Außenwelt (z. B. durch das Wegnehmen des Telefons) etc.

Zu 2

Die klare Regelung des Ablaufs von der Indikationsstellung bis zur Aufhebung ist ein wichtiger Schritt in Richtung Qualitätsverbesserung. Dieser Ablauf gliedert sich in verschiedene Phasen: Indikation einschliesslich Früherkennung einer Selbst- oder Fremdgefährdung, Vorbereitung, Durchführung, Überwachung, Aufhebung und Nachbearbeitung. Die entsprechenden Kompetenzen, Verantwortlichkeiten, Informationswege und Dokumentationspflichten werden verbindlich festgehalten. Wichtige Punkte sind dabei die Information der Betroffenen und deren Angehörige, die Art und Periodizität der Überprüfung, ob eine Massnahme noch notwendig ist, die Zuordnung der Kompetenz, eine Massnahme zu lockern oder wieder aufzuheben.

Jegliche Anwendung freiheitseinschränkender Massnahmen oder auch deren Nichtanwendung (Alternativmassnahmen) sowie Vereinbarungen mit und Informationen an Angehörige werden in der Pflegedokumentation festgehalten.

Zu 3

Die Pflegedokumentation und ein Erfassungsprotokoll (entsprechend beispielsweise H+ S Graubünden) bilden wichtige Voraussetzungen zur Evaluation. Die kontinuierliche Arbeit an der Qualität setzt voraus, dass der IST-Zustand erhoben und ausgewertet wird, Konsequenzen gezogen und Korrekturmassnahmen konzipiert und umgesetzt werden (Qualitätsregelkreis).

Zu 4

Der Begriff „Compliance“ hat eine zweifache inhaltliche Bedeutung. Er steht sowohl für „Verständnis“ und „Einverständnis“ als auch für das „Einhalten“ (von Richtlinien, Gesetzen, Vorschriften). Er umschreibt also sehr schön die Problematik, mit welcher Standardverantwortliche konfrontiert sind: Damit Richtlinien bzw. Konzepte eingehalten werden, müssen sie nicht nur bekannt und verständlich abgefasst sein, sondern sie müssen auch die Zustimmung der Mitarbeitenden finden können. Entsprechendes gilt für die Betroffenen und ihre Angehörigen.

Bezogen auf den Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen bedeutet dies, dass die Qualitätssicherung zu einem guten Teil darin besteht, dass sich die Leitung immer wieder darüber vergewissert, dass die Mitarbeitenden, die Betroffenen (so weit möglich) und die Angehörigen (so weit möglich) nicht nur mit den geltenden Richtlinien und Konzepten vertraut sind, sondern diese auch akzeptieren können.

Zu)

Eine aktive Informationspolitik nach innen und aussen ist ein wichtiges Element der Qualitätssicherung. Über freiheitseinschränkende Massnahmen wird möglichst offen gesprochen. Bezweckt wird hausintern damit die Schaffung eines Klimas des gemeinsamen Lernens.

Literatur

- **ABRAHAM Ivo, BOTTRELL Melissa M., FULMER Terry, MEZEY Mathy D., Hrsg. (2001):** Pflegestandards für die Versorgung alter Menschen. Hans Huber Bern 2001, 228 Seiten
- **Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren Pflegekaderkonferenz Verband H+S Graubünden (2004):** Ordner Qualitätsindikatoren. Chur 2004 (Auskunft: Thomas Pfiffner, Klinik St. Pirminsberg, thomas.pfiffner@psych.ch)
- **Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2004):** Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Genehmigt vom Senat der SAMW am 18. Mai 2004, 18 Seiten (www.samw.ch)
- **HANTIKAINEN Virpi (o. J.) :** Freiheitsbeschränkende Massnahmen in der Pflege betagter Personen. Wahrnehmungen und Entscheidungsfindung der Pflegenden in schweizerischen Pflegeheimen. Zürich und Turku, 7 Seiten (<http://pflegeforschung-psy.ch/abstracts.html>)
- **SCHEIDEGGER Regula, RHEIN Geneviève et al. (1999):** PatientInnen fixieren. Pflegerisches Handeln in ethischer und rechtlicher Verantwortung. mimeo 41 Seiten, Bürgerspital Solothurn 1999
- **Schweizerischer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK (1994):** Qualitätsnormen für die Pflege und Begleitung von alten Menschen. Bern, 20 Seiten
- **Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (2003⁴):** Freiheit und Sicherheit. Richtlinien zur Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen bei der Behandlung und Pflege betagter Personen. Autorinnen und Autoren: Charles CHAPPUIS, Bern; Michel GAILLARD, Prilly; Hedwig HASKE PELSOECZY, Wil; Fritz HUBER, Basel; Daniel INGLIN, St. Gallen; Regula SCHMITT-MANNHART, Ittigen; Pierre SCHWED, Lausanne, Mary-Claude THIERSTEIN, Prangins,; Albert WETTSTEIN, Zürich. 9 Seiten, Bern, Ersterscheinung Januar 1999, 4. Nachdruck, aktualisiert 2003
- **Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte SVPC (2000):** Qualitäts-Standards für die Stationäre Psychiatrie. Aarau, 54 Seiten

Autorinnen und Autoren

An der Erarbeitung dieser Standards haben unter anderen folgende Personen als Autorinnen und Autoren von Texten, als Mitwirkende in Kommissionen und Arbeitsgruppen, als Fachexpertinnen und Fachexperten oder als Teilnehmenden am Vernehmlassungsverfahren mitgewirkt:

Grundstandard Qualitätsmanagement

Die revidierte Fassung 2015 des Grundstandards Qualitätsmanagement wurde in einer ersten Fassung von den Mitgliedern der Standardkommission, René Gröflin, Claudia Lenz, Angela Reithmayer, Norbert Rose, Reto Weber (Vorsitz), und Christoph Cottier (Geschäftsleiter SanaCERT Suisse) erarbeitet. Die nun vorliegende 2. Fassung vom 26. November 2015 ist das Resultat der Vernehmlassung bei allen Qualitätsverantwortlichen der Unternehmen der Akutso-matik, die bei SanaCERT Suisse zertifiziert sind.

Standard 1

Christian Conrad, Schaffhausen; Gerhard Eich, Zürich; Sabine Hablützel-Schneider, Oberegg AI; Dorothée Hofstetter, Zollikofen BE; Christoph Kaiser, Bauma; Pia Küttel, Altdorf; Kathrin Mühlemann, Bern; Gabriela Rettenmund, St. Gallen; Martin Rothenbühler, Bern; Katja di Salvo, St. Gallen; Barbara Schöbi, St. Gallen; Marianne Schwark-Bähler, St. Gallen

Standard 2

Alfred J. Gebert, Bern.

Standard 3

Alfred J. Gebert, Bern.

Standard 5

Lorenzo Cerletti, Baden; Sinne de Leeuw†, Binningen; Steffen Eychmüller, St. Gallen; Urs Gehrig, Frutigen; Jeannette Greiner, St. Gallen; Sabine Hablützel, Oberegg AI; Felix Jungi, Wittenbach SG; Joachim Koppenberg, Scuol; Roland Kunz, Affoltern a.A.; Beat Lehmann, Fribourg; Christine Keller, Basel; Peter R. Müller, Bern; Monika Pfister-Wiederkehr, Basel; Martin Rothenbühler, Bern; Mirjam Rubin, Frutigen; Martin Schwander, Oberburg BE; Reto Weber, Frutigen

Standard 6

Alfred J. Gebert, Bern et. al.

Standard 7

Gero Drack, St. Gallen, Beat Kehrer, St. Gallen, Guido Baumgartner, St. Gallen, Martin Rothenbühler, Bern, Alfred J. Gebert, Bern, Gabriel A. Ayer, Wil

Standard 10

Christoph Cottier, Burgdorf; Daniel Germann, St. Gallen; Johanna Koller, Sursee; Klaus Neftel, Bern; Heinrich Neuweiler, Chur; , Martin Rothenbühler, Bern; Ulrico Schmid, St. Gallen; Daniel Wegmann, Stans.

Standard 11

Franz Frei, Basel; Bernhard Frey, Zürich; Adrian Frutiger, Chur; Beat Kehrer, St. Gallen; Christine Keller, Basel; Beat Lehmann, Fribourg; Peter R. Müller, Bern; Heinrich Neuweiler, Chur; Monika Pfister-Wiederkehr, Basel; Thomas Ritschard, Aarberg; Norbert Rose, St. Gallen; Martin Rothenbühler, Bern; Martin Schwander, Oberburg BE; Daniel Wegmann, Stans; Hanspeter Wengle, Wil; Markus Wietlisbach, Sursee.

Standard 12

Eine erste Fassung wurde von der "Arbeitsgruppe Revision Standard 12" erstellt:

Christoph Cottier (Geschäftsleiter SanaCERT Suisse); Janette Brunner (SENIOcare AG); Nicole Ditzler (Felix Platter-Spital, Basel); Markus Grätzer (Spital Linth, Uznach); Nicole Giuliani (Kantonsspital St. Gallen); Daniel Kayser (Bürger-Spital Basel)

Die Mitglieder der Standardkommission bearbeiteten diese erste Fassung (René Gröflin, Claudia Lenz, Angela Reithmayer, Norbert Rose, Reto Weber (Vorsitz) und Christoph Cottier (Geschäftsleiter SanaCERT Suisse)). Die nun vorliegende Fassung vom 26. November 2015 ist das Resultat der Vernehmlassung bei allen Qualitätsverantwortlichen der Unternehmen der Akutsomatik, die bei SanaCERT Suisse zertifiziert sind.

Standard 13

Guido Baumgartner, St. Gallen; Erich Burri, Langenthal; Christoph Cottier, Burgdorf; Sylvia Fiechter, Leuzigen; Andreas Irion, Altstätten; Christine Keller, Basel; Wolfgang Kessler, Altstätten; Lutz von Laer, Basel; Sinne de Leeuw†, Basel; Erich Lustig, Baden; Peter R. Müller, Bern; Monika Pfister-Wiederkehr Basel; Norbert Rose, St. Gallen; Martin Rothenbühler, Bern; Doris von Siebenthal, Baden; Rolf Streuli, Langenthal

Standard 14

Guido Baumgartner, St. Gallen; Markus Betschart, St. Gallen; Yvonne Biri, Baden; Siggie Breddermann, Schaffhausen; Pierre Brennwald, Basel; Ulrich Bürgi, Aarau; Sylvia Fiechter, Leuzigen; Christoph Gerlach, Zürich; Paul Günter, Därli-gen BE; Sabine Hablützel, Oberegg AI; Beat Hanimann, St. Gallen; Andreas Irion, Rebstein SG; Norbert Jenny, Stans; Christoph Kaiser, Bauma ZH; Johannes Keel, Uznach SG; Christine Keller, Basel; Ernst Knupp, St. Gallen; Beat Lehmann, Fribourg; Martin Liesch, Chur; Hans Matter, Schlieren ZH; Clemens Neumeier, Scuol GR; Joseph Osterwalder, St. Gallen; André Rotzer, Glarus; Sinne de Leeuw†, Basel; Gerda Nettebrock, Bern; Monika Pfister-Wiederkehr, Basel; Norbert Rose, St. Gallen; Martin Rothenbühler, Bern; Reto Weber, Frutigen BE; Heinz Zimmermann, Bern

Standard 15

Sylvia Fiechter, Leuzigen; Béat Geiser, Neuchâtel; Christine Keller, Basel; Walter Felix Jungi, Wittenbach SG; Lutz von Laer, Basel; Sinne de Leeuw†, Basel; Monika Pfister-Wiederkehr, Basel; Martin Rothenbühler, Bern; Peter Spinnler, Baden; Robert Schöpflin, St. Gallen; Regula Trachsel-Oester, Frutigen. Speziellen Dank an Herrn Prof. Dr. med. Giatgen A. Spinas, Zürich, und Herrn PD Dr. med. Michel Roulet, Lausanne.

Standard 16

Margreth von Ballmoos, Burgdorf ; Thomas Eggimann, Biel-Bienne; Gero Drack, St. Gallen; Sabine Hablützel, Oberegg AI; Felix Jungi, Wittenbach SG; Beat Lehmann, Fribourg; Christine Keller, Basel; Peter R. Müller, Bern; Monika Pfister-Wiederkehr, Basel; Edith Rogenmoser, Zürich; Monica Rohrbach, Burgdorf; Martin Rothenbühler, Bern; André Rotzer, Glarus; Danielle Schreiber, Affoltern a. A.; Martin Schwander, Oberburg BE; Mathias Ziegert, Uznach SG; Roland Zimmermann, Zürich

Standard 17

Erich Burri, Langenthal; Christoph Cottier, Burgdorf; Ueli Egli†, Stans; Sylvia Fiechter, Leuzigen; Christiane Gaudy, Tschugg BE; Denise Kunz, Sursee; Sinne de Leeuw†, Basel; Monika Pfister-Wiederkehr, Basel; Martin Rothenbühler, Bern; André Rotzer, Glarus; Robert Schöpflin, St. Gallen; Peter Spinnler, Baden; Peter Ueberschlag, Rorschach; Daniel Wegmann, Stans

Standard 18

Monique Beutler, Basel; Paula Bezzola, Bern; Christoph Cottier, Burgdorf; Caroline Hagi-Binert†, Bern; Nicole Mösli, St. Gallen; Norbert Rose, St. Gallen; Monika Roth, St. Gallen; Martin Rothenbühler, Bern; Birgit Schwenk, St. Gallen; Doris von Siebenthal, Baden ; Peter Spinnler, Baden und Valchava; Urs Stillhard, St. Gallen; Hanspeter Wengle, Wil

Standard 20

Beat Hugentobler-Campell, Chur; Paul Günter, Interlaken; Joachim Koppenberg, Scuol; Martin Rothenbühler, Bern; Iris Trede, Zofingen

Standard 21

Birgit Bachmann, Basel; Sabine Bütikofer, Basel; Elisabeth Buser, Basel; Netty Fabian, Basel; Sylvia Fiechter, Leuzigen; Sabine Hablützel, Oberegg AI; Beatrice Hollinger, Basel; Christine Keller, Basel; Lutz von Laer, Basel; Beat Lehmann, Fribourg; Peter R. Müller, Steffisburg; Monika Pfister-Wiederkehr, Basel; Martin Rothenbühler, Bern; Norbert Rose, St. Gallen; André Rotzer, Glarus; Martin Schwander, Oberburg; Hanne Sieber, Hofstetten; Christoph Stüssi, Münsterlingen.

Standard 22

Norbert Rose, St. Gallen; Peter Ueberschlag, St. Gallen

Standard 23

Norbert Rose, St. Gallen bearbeitet in der Standardkommission der Stiftung SanaCERT Suisse.

Standard 25

Judith Abt, Basel; Martin Conzelmann, Basel; Steffen Eychmüller, St. Gallen; Martin Häne, Basel; Raphael Jossen, Burgdorf; Hans Neuenschwander, Lugano; Martin Rothenbühler, Bern; Elisabeth Spichiger, Bern; Peter Spinnler, Baden.

Standard 26

Ingrid Carlen-Brutsche, Basel; Svend Capol, Schwyz, Marin Conzelmann, Basel; Christoph Cottier Burgdorf BE; Sylvia Fiechter, Leuzigen BE; Enea Martinelli, Interlaken; Peter R. Müller, Steffisburg BE; Marc Oertle, Thun; Monika Pfister-Wiederkehr, Basel; Norbert Rose, St. Gallen; Martin Rothenbühler, Bern; Martin Schwander, Oberburg BE; Reto Weber, Frutigen BE

Standard 28

Beatrice Bähler, Sursee – Wolhusen; Sylvia Fiechter, Leuzigen; Christoph Gerlach, Zürich; Therese Hirsbrunner, Langenthal; Dorothée Hofstetter, Zollikofen BE BE; Christine Keller, Basel; Lutz von Laer, Basel; Peter Müller, Bern; Monika Pfister-Wiederkehr, Basel; Martin Rothenbühler, Bern; Robert Schöpflin, St. Gallen; Astrid Schulz, Wil-Wattwil; Peter Spinnler, Baden GR

Standard 29

Martin Conzelmann, Basel; Sylvia Fiechter, Leuzigen; Christine Keller, Basel; Lutz von Laer, Basel; Peter Müller, Bern; Monika Pfister-Wiederkehr, Basel; Pia Pfenninger, Sursee-Wolhusen; Martin Rothenbühler, Bern; Robert Schöpflin, St. Gallen; Astrid Schulz, Wil-Wattwil; Peter Spinnler, Baden GR.

Standard 30

Sylvia Fiechter, Leuzigen; Christine Keller, Basel; Lutz von Laer, Basel; Peter Müller, Bern; Monika Pfister-Wiederkehr, Basel; Pia Pfenninger, Sursee-Wolhusen; Martin Rothenbühler, Bern; Robert Schöpflin, St. Gallen; Astrid Schulz, Wil-Wattwil; Peter Spinnler, Baden GR.

Revisionen der Standards seit 2006 (History)

Revisionen und Überarbeitungen wurden durch die Standardkommission koordiniert und die Neufassungen zuhanden des Stiftungsrats verabschiedet

Vorgenommene Änderungen für die Version 9 (12. April 2006):

Neuaufnahme der Texte zu den Standards 13 und 18

Vorgenommene Änderungen für die Version 10 (11. Dezember 2006):

Neuaufnahme des Textes zum Standard 20 Rettungsdienst

Revision des Textes zum Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene

Ergänzung des Standards 23 durch Anhänge 1 und 2

Vorgenommene Änderung für die Version 11 (25. Juni 2007):

Neuaufnahme des Textes zum Standard 14 Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation

Vorgenommene Änderung für die Version 12 (30. Mai 2008):

Revision des Textes zum Standard 9 Entwicklung der Pflegequalität

Vorgenommene Änderung für die Version 13 (18. Dezember 2008):

Revision des Textes zum Standard 5 Schmerzbehandlung

Revision des Textes zum Standard 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Neuaufnahme des Textes zum Standard 16 Frauenklinik

Neuaufnahme des Textes zum Standard 21 Familienorientierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen

Vorgenommene Änderung für die Version 15 (26. Oktober 2009):

Neuaufnahme des Textes zum Standard 22 Abklärung, Behandlung und Betreuung

Vorgenommene Änderung für die Version 16 (11. Mai 2010):

Revision des Textes zum Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene (Standardelement 6)

Revision des Textes zum Standard 14 Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation

Vorgenommene Änderung für die Version 17 (6. Dezember 2010):

Revision des Textes zu Standard 7 Chirurgie (Änderung in der Einleitung; neues Standardelement 4; Ergänzungen in der Literaturliste)

Revision des Textes zu Standard 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen (Ergänzung in den Erläuterungen zu Standardelement 2 und in der Literaturliste)

Revision des Textes zu Standard 25 Palliative Betreuung (Änderung im Standardelement 6 und in den Erläuterungen zum Standardelement 6)

Revision des Textes zu Standard 30 Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen (Änderung in der Einleitung; Änderungen in den Erläuterungen zum Standardelement 3)

Vorgenommene Änderung für die Version 18 (20. Juni 2011):

Neuaufnahme des Textes zum Standard 26 Sichere Medikation

Revision Grundstandard Qualitätsmanagement, Standardelement 5, Bewertungskriterien und Erläuterungen

Revision Standard 30 Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen, Standardelement 2, Bewertungskriterien (Anpassung an die Bestimmungen im neuen Erwachsenenschutzgesetz)

Vorgenommene Änderung für die Version 20 (8. Januar 2014):

Streichung Standard 9 "Entwicklung der Pflegequalität"

Revidierter Text der Erläuterungen zum Standard 23 Risikomanagement

Vorgenommene Änderung für die Version 21 (Januar 2015)

Streichung Standard 4 "Kommunikation – Patientenfragen"

Streichung Standard 8 "Gynäkologie" (wird vollständig ersetzt durch Standard 16 "Frauenklinik")

Vorgenommene Änderung für die Version 22 (Januar 2016)

Revision Grundstandard "Qualitätsmanagement"

Revision Standard 12 "Mitarbeitende Menschen – Human Resources"

Überarbeitung Standard 13 "Patienteninformation"

Überarbeitung Standard 15 "Ernährung"

Überarbeitung Standard 29 "Sturzprävention"