



Deutsches Netz
Gesundheitsfördernder
Krankenhäuser gem. e. V.



EUROPE

Einführung von Gesundheitsförderung
in Krankenhäusern:

Handbuch und Selbstbewertungs- Formulare

Herausgegeben von
Oliver Groene



Division of Country Health Systems
WHO Regional Office for Europe



Deutsches Netz
Gesundheitsfördernder
Krankenhäuser gem. e. V.



**Einführung von Gesundheitsförderung
in Krankenhäusern:**

Handbuch und Selbstbewertungs- Formulare

Herausgegeben von

Oliver Groene

Technical Officer, Quality of Health Systems and Services

Division of Country Health Systems
Country Policies, Systems and Services Unit
Barcelona Office

Zusammenfassung

Gesundheitsförderung ist ein integraler Bestandteil des Gesundheitsversorgungsprozesses und bezieht sich auf klinische, pädagogische, verhaltens- und organisatorische Aspekte. Qualitätsentwicklung muss sich auch auf Gesundheitsförderung beziehen, um die regelmäßige Qualitätsbeobachtung und Ergebnisverbesserung in diesem Bereich mit Hilfe geeigneter Methoden sicherzustellen. Wir haben dieses Handbuch für die Implementierung von Gesundheitsförderung im Krankenhaus entwickelt, weil viele der bekannten Qualitätsmanagement-Instrumente nicht ausdrücklich auf Gesundheitsförderung eingehen.

Ziel ist es, Manager und Mitarbeiter im Gesundheitswesen zu befähigen:

- die Qualität von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Krankenhaus zu bewerten,
- die Kapazität von Gesundheitseinrichtungen für die Entwicklung von Gesundheitsförderung zu verbessern,
- Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Gesundheitsförderung im Krankenhaus zu formulieren,
- Fachkräfte aller Disziplinen und Patienten in die Verbesserung der Versorgungsqualität einzubeziehen,
- die Kontinuität der Versorgung in Kooperation mit anderen Dienstleistern zu verbessern,
- die Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeiter und Patienten zu verbessern.

Krankenhäuser, Qualitätsorganisationen und besonders die Mitglieder des Internationalen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser sind eingeladen, dieses Instrument zu nutzen und die Qualität von Gesundheitsförderung in der Gesundheitsversorgung damit zu bewerten und zu verbessern.

Für Fragen zu Publikationen der WHO Europa wenden Sie sich bitte an:
Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Oder benutzen Sie das Online-Formular für Bestellungen, Anfragen zu Gesundheitsinformationen oder Übersetzungsgenehmigungen auf der Website der WHO-Euro: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2006 under the title "Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms"

The translators of this publication are responsible for the accuracy of the translation.

© **World Health Organization 2006**

© Für die deutschsprachige Fassung:
German Network of Health Promoting Hospitals (DNGfK e.V.), 2006

Inhaltsverzeichnis

	Seiten
Anmerkungen zur deutschsprachigen Fassung	4
Danksagung	5
Liste der Abbildungen und Tabellen	6
1. Einleitung	7
2. Häufig gestellte Fragen (FAQ)	9
3. Hintergrund und Methoden	11
3.1. Die Rolle des Krankenhauses in der Gesundheitsförderung	11
3.2. Konzept der Gesundheitsförderung	12
3.3. Interne und externe Qualitätsbewertung	13
3.4. Standards für Gesundheitsförderung	15
3.5. Indikatoren für Gesundheitsförderung	19
3.6. Komplementäre Verwendung von Standards und Indikatoren	22
4. Projektimplementierung	24
4.1. Klärung der Verantwortlichkeiten	24
4.2. Datenerhebung	25
4.3. Interpretation der Ergebnisse	26
4.4. Erstellung eines Qualitätsentwicklungsplans	27
5. Selbstbewertungsformulare	29
Standard 1: Management-Grundsätze (Policy)	33
Standard 2: Patienteneinschätzung (-Assessment)	38
Standard 3: Patienteninformation und -intervention	43
Standard 4: Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes	47
Standard 5: Kontinuität und Kooperation	52
6. Informationsblätter zu den Indikatoren	59
7. Glossar	80

Anmerkungen zur deutschsprachigen Fassung

Die Übersetzung aus dem Englischen besorgten

Christina Dietscher (Wien)
Christina Lübbe (Berlin) und
Dennis Voigt (Bremen).

Für die Übersetzung des 1. Entwurfs des Abschnittes 6
(Informationsblätter zu den Indikatoren)
danken wir Christina Gebhardt.

Herausgegeben wird die deutschsprachige Version der WHO-Publikation

“Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms”
durch das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK e.V.)



Deutsches Netz
Gesundheitsfördernder
Krankenhäuser gem. e. V.

in Kooperation mit dem
Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (ÖNGK).



Die inhaltliche Bearbeitung erfolgte durch die Standard-Arbeitsgruppe des DNGfK e.V.

unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Werner Schmidt:

Ellen Arndt, Ina-Maria Bormeister, Dr. Rainer Hübner, Gerald Jüngling, Anke Keil,
Dr. Doris Kurscheid-Reich, Andreas E. Gebhard, Dr. Sigrun Mühle, Jörg Ruppert und
Silvia Schmiedel.

© Für die deutschsprachige Fassung: DNGfK e.V. 2006

Satz: animeidesign, Berlin / Druck: copy print, Kopie & Druck GmbH, Berlin

Danksagung

Dieses Dokument ist der Zusammenarbeit vieler Menschen zu verdanken. Dank ergeht sowohl an jene, die dieses Produkt in den Arbeitsgruppen des Internationalen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser unterstützt und begleitet haben, als auch an die externen Berater.

Besonderer Dank gilt den Koordinatoren in den Ländern, die den Pilottest unterstützt haben, sowie den Mitarbeitern in den Krankenhäusern, die ihre Zeit investiert haben, um die Standards zu bewerten und Daten zu den Gesundheitsförderungs-Indikatoren zu sammeln.

Besondere Erwähnung verdienen Dr. Svend Juul Jorgensen als geistiger Vater dieses Projektes, Dr. Mila Garcia-Barbero für ihre kontinuierliche Unterstützung und Dr. Kiki Lomberts für die professionelle Beratung des vorliegenden Dokuments.

Liste der Abbildungen und Tabellen

Abb. 1:	Strategien der Gesundheitsförderung	Seite 12
Abb. 2:	Perspektiven von Medizin, Patienten und Management	Seite 16
Abb. 3:	Die Drei-Ebenen-Struktur der Standards für Gesundheitsförderung im Krankenhaus	Seite 18
Abb. 4:	Plan-Do-Check-Act-Zirkel	Seite 27
Tabelle 1:	Indikatoren für Gesundheitsförderung im Überblick	Seite 21
Tabelle 2:	Informationsblatt zur Bekanntheit der Management-Grundsätze bei Mitarbeitern	Seite 62
Tabelle 3:	Informationsblatt zur Bekanntheit der Gesundheitsförderungs-Standards bei Patienten und Angehörigen	Seite 63
Tabelle 4:	Informationsblatt zur Höhe des Gesundheitsförderungsbudgets	Seite 64
Tabelle 5:	Informationsblatt zur allgemeinen Risikoerfassung bei Patienten	Seite 65
Tabelle 6:	Informationsblatt zur spezifischen Risikoerfassung bei Patienten	Seite 66
Tabelle 7:	Informationsblatt zur Patientenzufriedenheit	Seite 67
Tabelle 8:	Informationsblatt zu Selbstmanagement-Schulungen für Patienten	Seite 68
Tabelle 9:	Informationsblatt über Patientenschulungen zu Risikofaktoren	Seite 69
Tabelle 10:	Informationsblatt zur Bewertung von Patienteninformation und -intervention	Seite 70
Tabelle 11:	Informationsblatt zu rauchenden Mitarbeitern	Seite 71
Tabelle 12:	Informationsblatt zur Raucherentwöhnungsunterstützung für Mitarbeiter	Seite 72
Tabelle 13:	Informationsblatt zur Bewertung der Arbeitsbedingungen durch Mitarbeiter	Seite 73
Tabelle 14:	Informationsblatt zu Kurzfehlzeiten	Seite 74
Tabelle 15:	Informationsblatt zu Arbeitsunfällen	Seite 75
Tabelle 16:	Informationsblatt zu Burnout-Werten	Seite 76
Tabelle 17:	Informationsblatt zur fristgerechten Weiterleitung der Arztbriefe	Seite 77
Tabelle 18:	Informationsblatt zu Wiederaufnahme-Raten	Seite 78
Tabelle 19:	Informationsblatt zur Entlassungsvorbereitung	Seite 79

1. Einleitung

Die Rolle der Gesundheitsförderung im Krankenhaus verändert sich. Sie ist nicht mehr darauf beschränkt, den Patienten nach Abschluss der klinischen Behandlung zusätzliche lebensstilbezogene Informationen zu vermitteln, sondern wird immer mehr zu einem integralen Bestandteil des Gesundheitsversorgungsprozesses und umfasst sowohl klinische als auch pädagogische, verhaltens- und organisatorische Aspekte¹. Um die Versorgungsqualität für Patienten mit chronischen und langwierigen Erkrankungen zu verbessern, müssen Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Krankenhaus auch besser in das Gesundheitssystem insgesamt integriert werden. Durch den immer größer werdenden Einsatzbereich von Gesundheitsförderung stellen sich vermehrt Fragen der Qualitätsbewertung und -verbesserung in diesem Bereich.

Die bekannten Instrumente zur Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen, wie z. B. fachspezifische Richtlinien, Standards und Leistungsindikatoren, nehmen kaum Bezug auf Gesundheitsförderung. Aus diesem Grund haben wir ein Selbstbewertungs-Instrument für Gesundheitsförderung im Krankenhaus entwickelt, das folgende Themen behandelt:

- Management-Grundsätze (Policy) des Krankenhauses
- Erhebung von Risikofaktoren und Gesundheitsförderungs-Bedarf der Patienten im Rahmen der Anamnese
- Gesundheitsfördernde Patienteninformation und -intervention
- Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes
- Kooperation des Krankenhauses mit anderen Gesundheits- und Sozial-Dienstleistern im Sinne der Versorgungskontinuität².

Dieses Dokument beinhaltet ein unabhängiges Instrumentarium zur Bewertung, Kontrolle und Verbesserung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Krankenhaus. Es basiert auf zwei komplementären Ansätzen der Qualitätsbewertung: **Standards** drücken einen fachlichen Konsens darüber aus, welche Versorgungsstrukturen oder -prozesse etabliert sein sollten, während **Indikatoren** für Versorgungsprozesse und Gesundheitsergebnisse ein quantitatives Instrument zur Bewertung der Qualitätsentwicklung über längere Zeiträume oder zum Vergleich zwischen Institutionen darstellen. Dieses Dokument versteht sich als umfassende Unterstützung für:

- die Qualitätsbewertung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Krankenhaus
- die Entwicklung der Kapazität von Gesundheitseinrichtungen für die Verbesserung von Gesundheitsförderung
- die Formulierung von Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitsförderung im Krankenhaus

1. Groene O, Garcia-Barbero M. eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, accessed 08 May 2006).

2. Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/e82490.pdf>, accessed 08 May 2006).

- die Einbeziehung von Fachkräften aller Disziplinen und der Patienten in die Verbesserung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen
- die Verbesserung der Versorgungskoordination in Kooperation mit anderen Gesundheitsdienstleistern
- die Verbesserung der Gesundheit und Sicherheit von Mitarbeitern und Patienten
- Beiträge zur Modernisierung und Entwicklung des Gesundheitssystems und seiner Dienstleistungen im Sinne von Effektivitäts- und Effizienzsteigerung.

Der folgende Abschnitt beantwortet einige häufig gestellte Fragen zu Struktur und Anwendung dieses Instruments (Abschnitt 2). Im Anschluss werden Hintergrund und Methoden der Entwicklung dieses Instruments beschrieben (Abschnitt 3). Es werden auch praktische Fragen der Implementierung behandelt: Durchführung der Selbstbewertung, Identifizierung von Datenquellen, Interpretation der Ergebnisse und Übertragung der Ergebnisse in einen Qualitätsverbesserungsplan (Abschnitt 4). Zur Unterstützung der Datenerfassung enthält Abschnitt 5 Fragebögen zur Bewertung der Standards und Abschnitt 6 Informationsblätter zu Gesundheitsförderungs-Indikatoren. Der letzte Abschnitt enthält ein Glossar mit Begriffen zu Qualität und Gesundheitsförderung (Abschnitt 7).

Gesundheitsförderung ist ein umfassendes Konzept, das eine große Bandbreite von Maßnahmen, Interventionen, Methoden und Ansätzen beinhaltet, deren Gesamtheit den Rahmen dieses Dokuments sprengen würde. Wir haben uns daher entschieden, in dieses Selbstbewertungs-Instrument nur jene Themen aufzunehmen, die von Mitarbeitern im Gesundheitswesen relativ einfach bearbeitet werden können und für die ausreichende Evidenz vorliegt. Entsprechend sind einige gesundheitsfördernde Maßnahmen aus älteren Rahmendokumenten des Internationalen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser nicht vollständig enthalten^{3,4}. Ein umfassendes Konzept zur Anleitung der strategischen Implementierung von Gesundheitsförderung im Krankenhaus und zur Weiterentwicklung von Standards für Gesundheitsförderung ist in den achtzehn Kernstrategien zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus zusammengefasst⁵. Einige der Standards (wie Patienten-Einschätzung oder Patienteninformation und -intervention) hängen eng mit Aspekten der Patientensicherheit zusammen⁶. Das hier vorgestellte Dokument bietet jedoch ein zusätzliches Instrumentarium für einen weitergehenden Ansatz der Befähigung (Empowerment) von Patienten und Mitarbeitern und zur Ergänzung bestehender Qualitäts- und Sicherheits-Konzepte.

Dieses Dokument wurde für alle Krankenhäuser und Qualitätsorganisationen entwickelt, die an der Verbesserung von Gesundheitsförderung interessiert sind. Organisationen, die im Bereich der Qualitätsverbesserung arbeiten, sind eingeladen, die Standards und Indikatoren für Gesundheitsförderung im Krankenhaus kennen zu lernen und in ihre bestehenden Systeme einzubinden.

3. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, accessed 08 May 2006).

4. The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1, accessed 08 May 2006)

5. Pelikan J, Dietscher C, Krajic K, Nowak P. Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds: Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 48-67. (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, accessed 08 May 2006).

6. Forward Programme 2005. World Alliance for Patient Safety. Geneva, World Health Organization, 2004. (http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf, accessed 08 May 2006)

2. Häufig gestellte Fragen (FAQ)

F1: Sind die Mitglieder des WHO-Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (HPH) zur Selbstbewertung verpflichtet?

Nein – derzeit stellt die Selbstbewertung eine freiwillige Evaluation dar. Das Instrument versteht sich als Angebot an die beteiligten Krankenhäuser zur Feststellung von Verbesserungspotenzialen.

F2: Welche Vorteile bringt die Durchführung der Selbstbewertung für mein Krankenhaus?

Die Selbstbewertung kann Krankenhäuser in der Verbesserung der Patientenversorgung, der Lebensqualität ihrer Patienten und der Gesundheit ihrer Mitarbeiter unterstützen. Das Instrument ermöglicht die Identifizierung von Qualitätsproblemen bei Gesundheitsförderungsleistungen und die Entwicklung von Aktionsplänen.

F3: Wie verhält sich dies zu anderen Qualitätsentwicklungsinitiativen?

Die Definition von Standards ist ein wesentlicher Bestandteil der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung. Die in diesem Handbuch beschriebenen Standards der Gesundheitsförderung verstehen sich als Ergänzung zu bereits entwickelten Qualitätsstandards, die noch keinen konkreten Bezug zur Gesundheitsförderung haben. Um eine quantitative Erfassung der Entwicklung über längere Zeiträume zu ermöglichen, wurden ergänzende Indikatoren entwickelt. Es wird nachdrücklich empfohlen, die Selbstbewertung der Standards für Gesundheitsförderung mit den bereits in Ihrem Krankenhaus verwendeten Qualitätsstrategien zu kombinieren.

F4: Wie trägt dies zur Patientensicherheit bei?

Information, Aufklärung, Schulung und Kommunikation sind wesentliche Elemente der Wahrung der Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung. Diese Maßnahmen können sowohl bei Mitarbeitern als auch bei Patienten dazu beitragen, Bewusstsein, Motivation und Veränderungsbereitschaft zu erhöhen. Zum Beispiel können informierte Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes und nach der Entlassung wesentlich zum Aufzeigen von Risiken und zur Entwicklung von Lösungen beitragen. Informierte Mitarbeiter können zur Entwicklung und Erhaltung eines gesunden und sicheren Arbeitsplatzes beitragen.

F5: Was ist ein Standard?

In diesem Dokument beschreiben Standards das gewünschte Leistungsniveau. Im Dokument werden fünf Standards definiert, die jeweils eine Dimension der Gesundheitsförderung ansprechen. Jeder Standard ist in Substandards unterteilt, die wiederum in messbare Elemente gegliedert sind.

F6: Wie messen wir den Erfüllungsgrad eines Standards?

Der Grad der Erfüllung eines Standards wird durch die Summe der erfüllten messbaren Elemente und Substandards ausgedrückt. Die messbaren Elemente sind als „vollständig“, „teilweise“ oder „nicht erfüllt“ zu bewerten.

F7: Wie sollen wir den Erfüllungsgrad eines Standards interpretieren?

Standards mit hohem Erfüllungsgrad weisen Bereiche guter gesundheitsfördernder Praxis aus, die Sie in andere Bereiche Ihres Krankenhauses übertragen können. Bereiche mit geringem Erfüllungsgrad zeigen Ihnen, wo Verbesserungspotenziale bestehen.

F8: Was sind Indikatoren?

Während die Standards das gewünschte Leistungsniveau als „teilweise“, „vollständig“ oder „nicht erfüllt“ bewerten, verstehen wir unter Indikatoren im Kontext dieses Dokuments ein quantitatives Instrument zur Erfassung von Prozessen und Ergebnissen. Indikatoren werden üblicherweise unter Angabe von Zähler und Nenner beschrieben.

F9: Wie verhalten sich Standards und Indikatoren zueinander?

Die in diesem Dokument beschriebenen Indikatoren sind nicht zur Bewertung des Erfüllungsgrades der fünf Standards geeignet. Sie beziehen sich eher auf ergänzende Aspekte, die in der Beobachtung, Evaluierung und Verbesserung von Gesundheitsförderung in den einzelnen zu bewertenden Bereichen berücksichtigt werden sollten. Indikatoren sind numerische Beschreibungen zur Markierung von Verbesserungsbereichen.

F10: Wie sollen wir die Indikatoren messen?

Um eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung abbilden zu können, müssen die Indikatoren in regelmäßigen Zeitabständen gemessen werden. Das Handbuch spezifiziert für jeden Indikator eine Begründung, eine Beschreibung von Zähler und Nenner, Datenquelle und Stratifikation.

F11: Wie können wir einen Aktionsplan entwickeln?

Der Aktionsplan sollte auf Basis der Bewertung der Standards und Indikatoren sowie der Erfahrungen und Beobachtungen während der Selbstbewertung entwickelt werden. Der Aktionsplan sollte auch die durch die Einschätzung identifizierten Qualitätslücken sowie Prioritäten der Organisation berücksichtigen.

F12: Was passiert mit unserem Aktionsplan?

Um die Implementierung und Überprüfung des Aktionsplans sicherzustellen, muss er der Krankenhausleitung vorgelegt und in den krankenhausesinternen Qualitätsmanagementprozess integriert werden.

F13: Wird das Instrument für ein Benchmarking mit anderen Krankenhäusern genutzt?

Im gegenwärtigen Entwicklungsstadium ist das Instrument nur für die Selbstbewertung gedacht. Die WHO und die Koordinatoren der HPH-Netzwerke ziehen eine zukünftige Nutzung des Instruments für ein Benchmarking in Erwägung.

F14: Bekommen wir dafür ein Zertifikat?

Nein, die WHO vergibt keine Zertifikate. Für Selbstbewertung, kontinuierliche Qualitätsentwicklung und die Entwicklung von Aktionsplänen gibt es kein „Bestanden“ oder „Durchgefallen“. Jedes Krankenhaus ist anders und wird daher unterschiedliche maßgeschneiderte Aktionspläne entwickeln. Dennoch kann das Internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser zu einem späteren Zeitpunkt entscheiden, ein Anerkennungssystem für Krankenhäuser zu entwickeln, das an die Bewertung von Standards und Indikatoren gekoppelt ist.

3. Hintergrund und Methoden

3.1. Die Rolle des Krankenhauses in der Gesundheitsförderung

Anfang der 1990er Jahre startete die WHO eine internationale Initiative zur Unterstützung von Krankenhäusern in ihrem Engagement für Gesundheitsförderung. Krankenhäuser, die dem Internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser beitreten, bemühen sich um qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Dienstleistungen, indem sie Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Patienten, Mitarbeiter und die Region in ihr Unternehmenskonzept und in ihre tägliche Praxis integrieren⁷.

Aus der Perspektive der Volksgesundheit gibt es viele gute Gründe und zahlreiche Strategien, wie Gesundheitsförderung im Rahmen der Gesundheitsversorgung angeboten werden kann⁸. Krankenhäuser verbrauchen zwischen 40% und 70% der nationalen Gesundheitsbudgets und beschäftigen zwischen 1% und 3% der erwerbstätigen Bevölkerung⁹. Der Arbeitsplatz im Krankenhaus ist durch eine Reihe physikalischer, chemischer, biologischer und psychosozialer Risiken gekennzeichnet. Paradoxerweise werden im Krankenhaus – einer Organisation, die auf die Wiederherstellung von Gesundheit abzielt – Faktoren, die die Gesundheit der Mitarbeiter gefährden, trotz nachgewiesener Evidenz über den Wirkzusammenhang zwischen Mitarbeitergesundheit, Produktivität und Qualität der Patientenversorgung weitgehend ignoriert¹⁰.

Darüber hinaus können Krankenhäuser einen nachhaltigen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Patienten und Angehörigen ausüben, da diese in Situationen akuter Krankheitserfahrung empfänglicher für Gesundheitsthemen sind¹¹. Gesundheitserziehung wird angesichts der Zunahme chronischer Krankheiten in Europa und weltweit, sowie aufgrund der geringen Beachtung und Einhaltung von Behandlungsvorschriften, immer wichtiger¹². Vielfach zielt die Behandlung im Krankenhaus nicht auf Heilung, sondern auf die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten ab. Um diese Qualität halten zu können, müssen Patienten und Angehörige geschult und besser auf die Entlassung vorbereitet werden. Auch wenn die Hauptverantwortung des Krankenhauses für den Patienten mit der Entlassung endet, muss betont werden, dass aus Sicht des Gesundheitssystems insgesamt eine hohe Zahl von Wiederaufnahmen und Komplikationen durch bessere Entlassungsvorbereitung der Patienten und bessere Einbeziehung der nachbetreuenden medizinischen und sozialen Dienstleister vermieden werden könnte.

7. Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/hpr/nph/docs>, accessed 08 May 2006)

8. Tonnesen H, Fugleholm AM, Jorgensen SJ. Evidence for health promotion in Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 22-47 (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf> accessed 08 May 2006).

9. Mckee M, Healy J, eds. Hospitals in a changing Europe. Oxford, Open University Press, 2001

10. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002 Oct 23-30;288(16):1987-93.

11. Ogden J. Health Psychology: A Textbook. Oxford, Open University Press, 1996.

12. Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies. Geneva, World Health Organization, 2003. (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>, accessed 08 May 2006.)

Krankenhäuser verbrauchen eine Vielzahl an Produkten und produzieren große Mengen an Abfall und gefährlichen Substanzen. Die Einführung gesundheitsfördernder Strategien kann dabei helfen, Umweltverschmutzung zu reduzieren und den Kauf lokaler und gesunder Produkte und Erzeugnisse zu unterstützen.

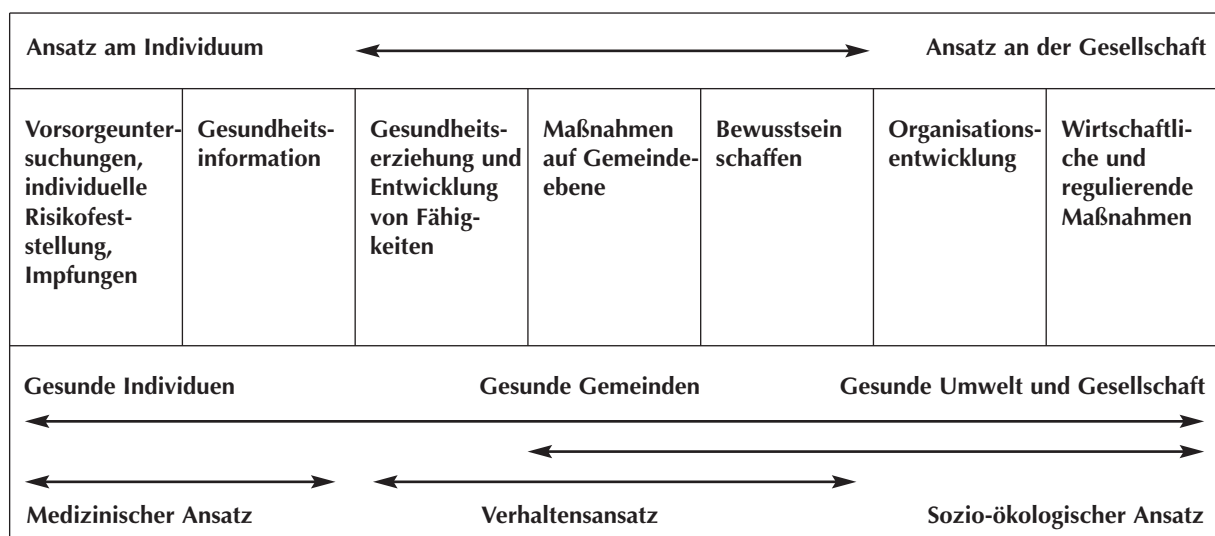
Schließlich erzeugen, sammeln und verbreiten Krankenhäuser als Lehr- und Forschungseinrichtungen sehr viel Wissen und können damit örtliche Gesundheitseinrichtungen und die professionelle Praxis andernorts beeinflussen.

3.2. Konzept der Gesundheitsförderung

Der Begriff Gesundheitsförderung wird oft nicht klar von Begriffen wie Prävention, Gesundheitserziehung oder Empowerment unterschieden¹³. Die Reichweite von Prävention wurde im Gesundheitsförderungsglossar folgendermaßen definiert: „[sie] umfasst nicht nur Maßnahmen, die das Entstehen von Krankheiten verhindern, wie zum Beispiel die Reduktion von Risikofaktoren, sondern auch solche, die die Krankheitsentwicklung verlangsamen und mögliche Spätfolgen bestehender Krankheiten verringern sollen“. Der gleichen Quelle zufolge umfasst Gesundheitserziehung „auf Kommunikation beruhende Lernangebote, die eigens dafür entwickelt wurden, Gesundheitskompetenzen (health literacy) und gesundheitsfördernde Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verbessern“. Empowerment und Gesundheitsförderung beziehen sich auf das umfassendere Konzept, das die WHO in der Ottawa-Charta als einen „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“¹⁴ beschrieben hat.

In der Praxis werden diese Begriffe häufig komplementär oder auswechselbar verwendet, und die ihnen zugeordneten Maßnahmen überschneiden sich; dennoch weisen sie bedeutende konzeptuelle Unterschiede hinsichtlich Inhalt und Wirkung auf (Abbildung 1):

Abbildung 1: Strategien der Gesundheitsförderung¹⁵



13. For full definitions and further references please see the Glossary in Section 7.

14. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986.

15. Bensber M. What are health promoting emergency departments? Melbourne, Department of Human Services, Victoria State Government, 2000.

Während sich der medizinische Ansatz auf physiologische Risikofaktoren (z. B. Bluthochdruck, Immunstatus) bezieht, adressiert der Verhaltensansatz lebensstilbezogene Faktoren (z. B. Rauchen, Bewegungsmangel) und der sozio-ökologische Ansatz allgemeine Lebensbedingungen (z. B. Arbeitslosigkeit, niedriger Bildungsstatus oder Armut). Folglich schließt Gesundheitsförderung die Heilung von Individuen mit ein, geht aber weit über den medizinischen Ansatz hinaus. Wir erkennen die unterschiedlichen theoretischen Schulen an, die hinter der Verwendung dieser Begriffe stehen. Dennoch enthält dieses Handbuch nur Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die sowohl spezifische Aktivitäten wie Patienten-Anamnese oder die Vermittlung von Informationen zur Erkennung von Krankheitssymptomen als auch komplexe Interventionen zur Unterstützung der Patienten in der Übernahme einer aktiven Rolle im (Selbst-)Management ihres Zustands umfassen. Maßnahmen wie zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, für die es bereits etablierte Qualitätskriterien gibt, wurden nicht in dieses Handbuch aufgenommen.

Wir sind uns bewusst, dass die hier vorgestellten Standards nicht das gesamte Spektrum der mit dem internationalen WHO-Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser in Verbindung gebrachten Aktivitäten umfassen. Standards zu Umweltfragen im Krankenhaus und zur Verbesserung der Gesundheit in der Region werden eventuell zu einem späteren Zeitpunkt noch entwickelt. Die Standards in diesem Dokument sind auch nicht dazu gedacht, das gesamte Spektrum der Qualität der Gesundheitsversorgung abzudecken. Versorgungsqualität wird als „die Wahrscheinlichkeit, mit der Gesundheitsdienstleistungen zu erwünschten Gesundheitsergebnissen bei Einzelpersonen und der Bevölkerung insgesamt führen, und der Grad ihrer Übereinstimmung mit aktuellem Fachwissen“¹⁶ definiert und kann in verschiedene Qualitätsdimensionen wie medizinische Versorgung, Patientenorientierung (patient-centeredness), Mitarbeiterorientierung, angemessene Steuerung (responsive governance) oder Effizienz gegliedert werden. Die in diesem Dokument vorgestellten Standards und Indikatoren beziehen sich nur auf die Gesundheitsförderungs-Dimension der Versorgungsqualität. Einen multidimensionalen Zugang zur Qualitätsbewertung bietet das Performance-Assessment Tool für Qualitätsentwicklung im Krankenhaus (PATH)¹⁷.

3.3. Interne und externe Qualitätsbewertung

Generell kann Qualitätsbewertung in interne und externe Bewertung unterteilt werden. Interne Bewertung bezieht sich auf urteilsbasierte Bewertungen oder auf organisationsinterne Selbstbewertung anhand von Standards. Externe Bewertung bezieht sich auf die Bewertung durch Experten oder auf Zertifizierung¹⁸. Standards und Leistungsindikatoren können sowohl für interne Bewertung und regelmäßige Beobachtung, als auch für externe Bewertungen und vergleichende Leistungsanalysen (wie z. B. Benchmarking) genutzt werden. Selbstbewertung (Self-Assessment) und Zertifizierung sind die jeweils geläufigsten Formen für interne bzw. für externe Bewertung.

16. Glossary. European Observatory on Health Systems and Policies. (<http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage> , accessed 08 May 2006).

17. Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions. Report on a WHO Workshop, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e78873.pdf> , accessed 09 May 2006).

18. Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the EXPERT project. International journal for quality in health care , 2000, 3: 169-175

Selbstbewertung ist ein Prozess, dem sich Gesundheitseinrichtungen unterziehen, um ihr Leistungsniveau in Bezug auf bestimmte vordefinierte Standards zu überprüfen und Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung zu entwickeln.

Selbstbewertung kann sich entweder auf alle Aktivitäten des Krankenhauses oder auf bestimmte Aspekte, wie z. B. Gesundheitsförderung, beziehen. Sie ermöglicht den Mitarbeitern, sowohl gute Praxis als auch Verbesserungspotenziale zu erkennen. Auf dieser Grundlage können die Mitarbeiter des Krankenhauses Prioritäten setzen und notwendige Verbesserungsschritte planen oder gute Praxis in andere Abteilungen des Krankenhauses übertragen.

Akkreditierung/Zertifizierung basiert üblicherweise auch auf Selbstbewertung, der aber ein externer Peer-Evaluationsprozess folgt. Die externe Bewertung erfolgt gewöhnlich als Gesamtevaluierung der Qualität des Krankenhauses, in deren Rahmen Verbesserungspotenziale identifiziert werden und die, sofern das erforderliche Leistungsniveau erreicht wird, mit einer formellen Akkreditierung bzw. Zertifizierung des Krankenhauses abgeschlossen wird. In vielen Ländern hat die Zertifizierung wichtige rechtliche und finanzielle Konsequenzen und Auswirkungen auf die Marktposition eines Krankenhauses.

Es gibt Evidenz dafür, dass Selbstbewertung mehrfach zur Qualitätssicherung beiträgt. Sie ist eine preiswerte Methode zum Anregen von Verhaltensänderungen bei Personen (zum Beispiel das Einhalten von Standards), zum Aufzeigen von Verbesserungspotenzialen, zur Stärkung der Identifikation der Beteiligten mit dem Entwicklungsprozess und zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern¹⁹.

Wesentlich für die Selbstbewertung ist, dass sie korrekt durchgeführt wird. In Selbstbewertungsverfahren kann man häufig beobachten, dass Krankenhäuser mit hohem Leistungsniveau kritischer sind als weniger gute Krankenhäuser. Krankenhäuser mit einer verinnerlichten Kultur der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung nehmen die eigenen Verbesserungspotenziale eher wahr als Institutionen, denen eine solche Kultur fehlt²⁰. Beispielsweise hat eine Studie über Selbstbewertung von Fehlern bei der Medikamentenverschreibung und der Qualität von Teamarbeit ergeben, dass besser arbeitende Teams mehr Fehler meldeten als schlechtere Teams. Zur weiteren Untersuchung dieser Ergebnisse wurde eine Befragung der Teamleiter durchgeführt, und es stellte sich heraus, dass die schlechteren Teams von autoritären Vorgesetzten geleitet wurden und – vielleicht wenig überraschend – weniger Fehler meldeten.

Aus dem Selbstbewertungs-Prozess können in erster Linie zwei Lehren gezogen werden: Für Qualitätsentwicklung braucht man Leistungsdaten und eine etablierte Kultur der Verbesserung. Ohne Leistungsdaten, die anhand von Standards oder Indikatoren gemessen werden, kann keine klare Richtung für Qualitätsentwicklung festgelegt werden. Und ohne eine Kultur der Beteiligung und Unterstützung können Vorschläge zur Qualitätsentwicklung nicht umgesetzt werden, selbst wenn Daten zur Qualität der Versorgung vorliegen. Leider werden oft viele Daten gesammelt, die für Qualitätsent-

19. Bose S, Oliveras E, Edson WN. How can self-assessment improve the quality of healthcare? Operations Research Issue Paper 2(4). Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance (QA) Project, Bethesda, MD and JHPIEGO Corporation, Baltimore, MD. 2001.

20. Edmondson AC. Learning from mistakes is easier said than done: group and organizational influences on the detection and correction of human error. Journal of Applied Behavioural Sciences, 1996. 32: 5-28

wicklungs-Initiativen nicht geeignet sind oder nicht dafür genutzt werden. In diesem Fall zieht die Datensammlung Zeit und Ressourcen von anderen Tätigkeiten ab und kann die Qualität der Gesundheitsversorgung sogar negativ beeinflussen.

Selbstbewertung folgt einer Strategie der Motivation und Entwicklung und unterstützt Gesundheitseinrichtungen in der kontinuierlichen Verbesserung ihrer Qualität. Die WHO beabsichtigt nicht, die Standards und Indikatoren für eine formelle Bewertung, Zertifizierung oder ein Ranking der einzelnen Mitgliedskrankenhäuser des HPH-Netzwerks zu nutzen. Die Standards wurden in erster Linie entwickelt, um Krankenhäusern ein Instrument zur Verfügung zu stellen, das sie bei der Bewertung und Verbesserung ihrer gesundheitsfördernden Maßnahmen unterstützt. Krankenhäusern und besonders den Mitgliedern des HPH-Netzwerks wird daher die Verwendung des Selbstbewertungs-Instruments nachdrücklich empfohlen. Darüber hinaus empfehlen wir allen Qualitätsorganisationen und Zertifizierungsgremien, die frei verwendbaren Standards zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus in ihre bestehenden Standards zu integrieren.

3.4. Standards der Gesundheitsförderung

In vielen Ländern haben Qualitätsorganisationen Standards für die Versorgungsqualität im Krankenhaus entwickelt. Bedeutende Qualitätseinrichtungen sind zum Beispiel: das Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) in Australien; das Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) in Kanada; die Haute Autorité de Santé (HAS) in Frankreich; die Health Quality Services (HQS) in Großbritannien; Kooperation für Transparenz und Qualität (KTQ) in Deutschland; und die Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) in den USA²¹. Darüber hinaus wurden internationale Standards zum Beispiel von der International Organization for Standardization und der internationalen Abteilung der JCAHO, der Joint Commission International (JCI), entwickelt. Während die meisten dieser Organisationen die Erfüllung bestimmter vordefinierter Standards anstreben, arbeiten andere Qualitätsorganisationen, wie die European Foundation for Quality Management, nach dem Prinzip des Bemühens um Exzellenz²².

Eine Durchsicht der von den großen Zertifizierungseinrichtungen entwickelten Standards ergab, dass diese kaum Bezug auf gesundheitsfördernde Aktivitäten nehmen²³. Aus diesem Grund wurden die WHO-Standards der Gesundheitsförderung in Ergänzung zu den bestehenden Zertifizierungsstandards und im Einklang mit dem Grundprinzip der fortlaufenden Qualitätsentwicklung in Organisationen entwickelt. Allgemein gilt:

Obwohl die Verwendung von Standards in medizinischen Kernbereichen weit verbreitet ist (z. B. in Labors, in der Radiologie, in der Endoskopie, in Ambulanzen, in OPs) werden sie von Mitarbeitern in Gesundheitseinrichtungen nicht ohne weiteres anerkannt, weil ihnen häufig Bezüge zur Patientenorientierung und zu Gesundheitsergebnissen fehlen.

21. Quality and accreditation in health care services. A global review. ISQuA and WHO. Geneva, World Health Organization, 2003. (EIO/OSD/2003) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.1.pdf, accessed 08 May 2006).

22. Möller J. The EFQM excellence model. German experiences with the EFQM approach in health care. International Journal for Quality in Health Care, 2001, 13 (1): 45-49

23. Developing standards for Health Promotion in Hospitals. Background paper for the 1st Workshop on Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (5038045/5).

Exzellenz-Modelle beruhen üblicherweise auf Organisationsprinzipien, aber bei der Anwendung in Gesundheitseinrichtungen fehlen ihnen Standards mit Bezug auf die Prozesse der Patientenversorgung. In Hinblick auf die starke Kunden- und Mitarbeiterorientierung einiger Modelle können die WHO-Standards der Gesundheitsförderung als notwendige Ergänzung angesehen werden.

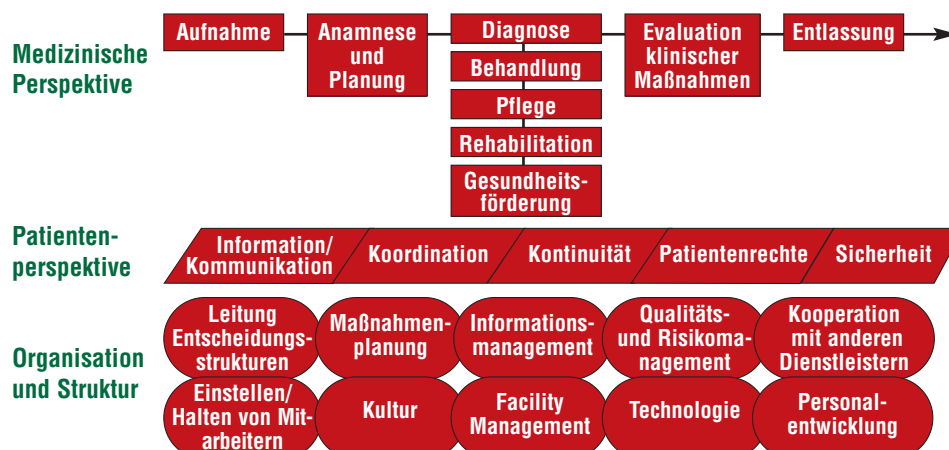
Zertifizierungs-Standards für Krankenhäuser werden in vielen Ländern eingesetzt. Manche umfassen Aspekte der Patientenaufklärung, aber es fehlt ihnen der Bezug zur Gesundheit der Mitarbeiter. Die WHO-Standards können diese Ansätze mit einer stärkeren Berücksichtigung der Mitarbeitergesundheit und der Patientenrolle im Selbstmanagement chronischer Erkrankungen ergänzen.

Inhalt der Standards

Die Standards orientieren sich am Gesundheitspotenzial der Menschen und betonen die wichtige Rolle von Information, Motivation, Beratung, Training und anderen Maßnahmen, die zur vollen Ausschöpfung des Gesundheitspotenzials beitragen. Da Information, Schulung und Beratung nur dann zu nachhaltigen Verhaltensänderungen führen, wenn sie durch geltende Normen, Regeln und Kulturen unterstützt werden, müssen Gesundheitsförderungsinterventionen diese zugrundeliegenden Faktoren auf Organisationsebene bearbeiten. Entsprechend der Philosophie des Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (HPH) beschäftigen sich die Standards nicht nur mit der Patientenversorgung, sondern auch mit der Gesundheit der Mitarbeiter, den Beziehungen des Krankenhauses zu seinem Umfeld und mit Organisationsentwicklung. Die Inhalte der Standards wurden auf Grundlage der Evidenz für die Einführung von Qualitätsmanagement in Organisationen, der Evidenz für gesundheitsfördernde Aktivitäten im Krankenhaus und auf Basis der Philosophie des HPH-Netzwerks definiert. Die Standards sind in allen direkt oder indirekt in der Patientenversorgung tätigen Gesundheitseinrichtungen anwendbar, z. B. in öffentlichen und privaten Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, und sie können auch in psychiatrischen oder pädiatrischen Krankenhäusern eingesetzt werden.

Die Standards stehen für Qualitätsziele des Krankenhauses und berücksichtigen drei unterschiedliche Perspektiven: die medizinische Perspektive, die Patientenperspektive und die Managementperspektive (Abbildung 2)

Abbildung 2: Perspektiven von Medizin, Patienten und Management



Entwicklungsprozess

Dem Vorschlag einer Arbeitsgruppe des dänischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser folgend wurde eine Expertengruppe der WHO zur Entwicklung der Standards für Gesundheitsförderung eingesetzt. Die fünf Standards beschreiben Prinzipien und Maßnahmen, die in jedem Krankenhaus umgesetzt werden sollten²⁴. Sie wurden in Übereinstimmung mit den internationalen Anforderungen des ALPHA-Programms entwickelt, das eine Literaturanalyse, die Entwicklung von Vorschlägen für Standards, eine Überprüfung der vorgeschlagenen Standards, die Erarbeitung vorläufiger Standards, eine Pilottestung, die Entwicklung „endgültiger“ Standards, die Einführung und die beständige Überprüfung und Anpassung der Standards an Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung bzw. an neues Wissen vorsieht²⁵.

Eine Literaturanalyse bestätigte, dass bestehende Standards die Gesundheitsförderung in Krankenhäusern nur marginal aufgreifen. Nachdem eine Einigung über die fünf Dimensionen erzielt worden war, auf die sich die Standards beziehen sollten, wurden Substandards zur Operationalisierung der normativen Inhalte der Standards entwickelt. Die Substandards basieren auf der besten Evidenz für gesundheitsfördernde Maßnahmen. Um die Validität und Reliabilität des Bewertungsverfahrens zu verbessern, wurden ferner messbare Elemente definiert. Für diese müssen im Rahmen der Bewertung bestimmte Nachweise dokumentiert werden (so muss etwa für eine positive Bewertung des Substandards „Die personelle Zuständigkeit für Gesundheitsförderung ist in der Organisation klar festgelegt“ ein Dokument genannt werden, in dem diese Zuständigkeit festgeschrieben ist). Zweck der messbaren Elemente und der zugehörigen Nachweise ist es also, die Möglichkeit von Verzerrungen der Bewertung durch Einzelmeinungen zu reduzieren.

Die messbaren Elemente werden mit „Ja“, „Teilweise“ oder „Nein“ bewertet. Der Bedeutung zusätzlicher qualitativer Informationen für die Bewertung wird jedoch durch ein Feld unter jedem messbaren Element Rechnung getragen, in das Nachweise dafür eingetragen werden können, warum z. B. ein bestimmtes messbares Element nur mit „Teilweise“ oder „Nein“ bewertet wurde. Auch Informationen, die für die Erarbeitung des Qualitätsentwicklungsplans relevant sind, können dort eingetragen werden. Während eine externe Evaluierung normalerweise mit der Feststellung der Erfüllung bestimmter Standards endet, ist es für die interne Qualitätsentwicklung auch wichtig, Wissen über Qualitätsverbesserungsmöglichkeiten zu erlangen. Die qualitative Information im Textfeld unterstützt dieses Ziel.

Die Standards, Substandards und messbaren Elemente wurden in 36 Krankenhäusern aus neun europäischen Ländern getestet²⁶. Hauptzweck dieses Pilot-Testes war es festzustellen, ob Mitarbeiter aus unterschiedlichen Krankenhaustypen und europäischen Ländern die Standards für relevant und anwendbar halten. Zusätzlich wurde der der-

24. Developing standards for health promotion in hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphstandardsfinrpt.pdf> , accessed 08 May 2006).

25. International Standards for Health Care Accreditation Bodies. International Society for Quality in Health Care (<http://www.isqua.org/isquaPages/Accreditation/ISQualAPPPrinciplesV2.pdf>, accessed 08 May 2006).

26. Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Moeller L, Garcia-Barbero M. Results of a pilot test of standards for health promotion in nine European countries. International Journal for Quality Assurance in Health Care, 2005, 18 (4): 300-307 (www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm , accessed 08 May 2006).

zeitige Erfüllungsgrad der Standards bewertet, um ihre mögliche Wirkung einschätzen zu können. Gleichzeitig wurden internationale Zertifizierungseinrichtungen und andere mit der Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen befasste Organisationen um Verbesserungsvorschläge und Kommentare zu den vorläufigen Standards ersucht.

Einführung in die Standards

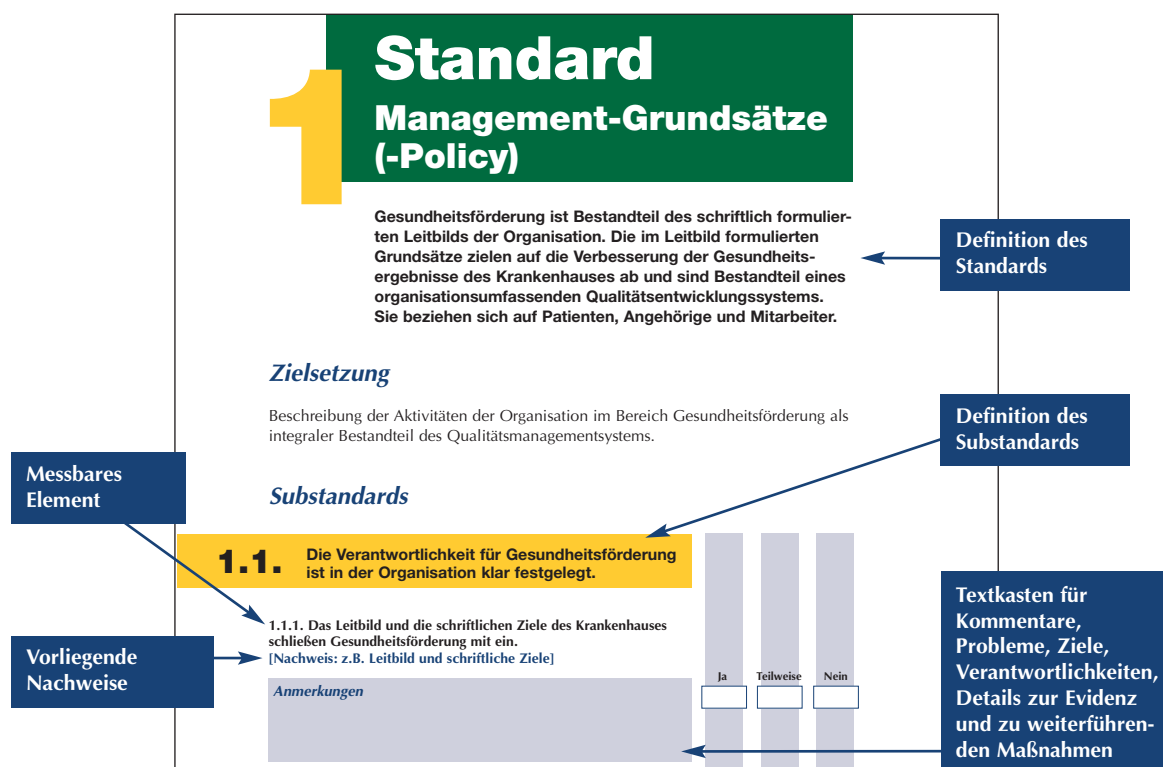
Jeder Standard hat 3 Ebenen (siehe Abbildung 3):

Ebene eins sind die **Standards** selbst. Die fünf Standards beziehen sich auf Management-Grundsätze, Patienteneinschätzung (-Assessment), Patienteninformation und -intervention, die Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes und Kontinuität und Kooperation.

Ebene zwei sind die **Substandards**. Substandards präzisieren den Standard und brechen ihn auf seine einzelnen Komponenten herunter. Insgesamt gibt es 13 Substandards; pro Standard sind es 2 bis 3.

Ebene drei sind die **messbaren Elemente**. Sie listen auf, was für die vollständige Erfüllung eines Standards erforderlich ist. Die messbaren Elemente sollen dazu beitragen, die Inhalte der Standards besser zu verstehen und Organisationen darin zu unterstützen, ihre Mitarbeiter in der Anwendung der Standards zu schulen und auf das Bewertungsverfahren vorzubereiten. Die messbaren Elemente sind jene Bestandteile eines Standards, die als nicht, teilweise oder vollständig erfüllt eingeschätzt und bewertet werden. Insgesamt gibt es 40 messbare Elemente; pro Standard sind es 6 bis 10.

Abbildung 3: Die Drei-Ebenen-Struktur der Standards für Gesundheitsförderung im Krankenhaus



3.5. Indikatoren für Gesundheitsförderung

Ergänzend zu den Standards und als quantitatives Messinstrument für die Bewertung der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung wurden Leistungsindikatoren erarbeitet. Die Indikatoren zielen darauf ab, die Lücke in der Bewertung jener Ergebnisse zu schließen, die erwartet werden können, wenn die durch die Standards empfohlenen Strukturen und Prozesse etabliert sind. Im Gegensatz zu den Standards bieten die Indikatoren eine quantitative Grundlage zur Evaluierung, regelmäßigen Überprüfung und Verbesserung der Versorgung und können Angehörige der Gesundheitsberufe und Gesundheitsmanager in der Entwicklung von Zielen und in der Bewertung von Fortschritten der Qualitätsentwicklung unterstützen.

Definition und Merkmale von Indikatoren

Indikatoren können sehr unterschiedlichen Zwecken dienen, z. B. der Dokumentation der Leistungsqualität, Vergleichen über längere Zeiträume und zwischen verschiedenen Einrichtungen, der Bewertung und Prioritätensetzung, der Unterstützung von Verantwortung, der Erarbeitung von Regelungen und der Vergabe von Zertifikaten, der Unterstützung der Qualitätsentwicklung und der Beratung von Patienten in der Auswahl der Leistungserbringer²⁷. Indikatoren können für interne und/oder externe Zwecke verwendet werden. Interne Zwecke sind zum Beispiel die verschiedenen Managementaufgaben des Krankenhauses als Gesundheitsdienstleister, wie die langfristige (strategische) oder kurzfristige Leistungsüberprüfung, die Evaluierung und kontinuierliche Leistungsentwicklung. Externe Zwecke sind die Verantwortung gegenüber Stakeholdern, wie z. B. dem Geldgeber (Versicherung oder Staat), den Patienten/Kunden und der Öffentlichkeit.

Indikatoren beziehen sich überwiegend auf die Prozess- und Ergebnisebene der Gesundheitsversorgung, teilweise aber auch auf strukturelle Merkmale (z. B. auf das Verhältnis von Fachärzten zu anderen Ärzten). Sie können unterschiedlich beschrieben werden: als Anzahl (Anzahl der Fälle aus einer Grundgesamtheit mit einem vergleichbaren Nenner), als Anteil (Prozent der Fälle einer Grundgesamtheit), als Verhältnis (Beziehung zwischen zwei Anteilen), als Mittelwert (erreichter Wert in einer Erhebung) oder als absolute Zahl. Indikatoren können sich auch auf kritische Anlässe beziehen, zum Beispiel auf unerwünschte Ereignisse, deren Auftreten jeweils eine genaue Untersuchung nach sich ziehen würde. Ein Beispiel für einen kritischen Anlass ist eine Operation auf der falschen Körperseite. Kritische Anlässe können unspezifisch (z. B. Anteil der ungeplanten Folgeoperationen) oder krankheitsspezifisch sein (z. B. Anteil der Infarktpatienten, die innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme Betablocker erhalten).

In diesem Selbstbewertungs-Instrument für Gesundheitsförderung im Krankenhaus stellen Indikatoren ein quantitatives Messinstrument zur Bewertung ausgesuchter Schlüsselprozesse und ausgesuchter Ergebnisdimensionen der Gesundheitsförderung dar. Sie sind nicht als Grundlage für Managemententscheidungen gedacht, sondern sollen das laufende interne Qualitätsmanagement unterstützen. Aber wenn sie sich als wissenschaftlich haltbar und als nützlich für die Bewertung und Verbesserung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen erwiesen haben, könnten sie in Zukunft für ein Benchmarking gesundheitsfördernder Maßnahmen genutzt werden.

27. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health care*, 2003, 15 (6): 523-530.

Leistungsbezug der Indikatoren

Jeder einzelne Indikator liefert Informationen zu Einzelaspekten, während ein Bündel von Indikatoren Informationen über einen komplexen Sachverhalt (z. B. Versorgungsqualität) vermitteln kann. Ihre Gültigkeit beziehen die Indikatoren aus der Stärke des Zusammenhangs zwischen dem messbaren Element und dem dahinter stehenden Konzept. Indikatoren sind nur Messwerte und keine Urteile. Während ein einzelner Indikator nicht zur Leistungsbeurteilung eines Krankenhauses herangezogen werden kann, können mehrere einander ergänzende Indikatoren dies sehr wohl. Um ein Urteil aus einem Indikator ableiten zu können, müssen zusätzliche Informationen, wie z. B. Referenzwerte oder erläuternde Variablen beigezogen werden. Gilt beispielsweise bei einem Schlaganfall eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 10 Tagen als gut oder als schlecht? Die Antwort auf diese Frage hängt unter anderem ab von der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im jeweiligen Land, von der Anzahl der verfügbaren Rehabilitationsbetten, von der Schwere des Schlaganfalls, vom Gesundheitszustand bei der Entlassung oder von der Unterstützung, die das Krankenhaus oder andere Dienstleister den Patienten nach der Entlassung anbieten können.

Anwendung von Indikatoren für ein Benchmarking

Indikatoren können für Leistungsvergleiche zwischen Krankenhäusern genutzt werden. Dafür ist es besonders wichtig, die Indikatoren sorgfältig auszuarbeiten, sie klar zu definieren (mittels Zähler und Nenner) und die Daten so aufzubereiten, dass Vergleiche nicht durch mögliche Störfaktoren verzerrt werden können. Ein Vergleich der Sterberaten wäre beispielsweise ohne Aufschlüsselung der Daten nach Alter, Schwere der Erkrankung und Komorbidität nicht zulässig. Selbst nach einer umfassenden Bereinigung mit Hilfe multivariater statistischer Verfahren können ungeklärte Verzerrungen bestehen bleiben, die die Aussagekraft des Vergleichs reduzieren.

Zwischen einfachen Vergleichen und dem Konzept des Benchmarking muss klar unterschieden werden. Während Vergleich eine relativ unspezifische Bezeichnung für das Zueinander-In-Beziehung-Setzen von verschiedenen Maßen ist, bedeutet Benchmarking den Vergleich der Evaluationsergebnisse von Organisationen mit den Ergebnissen anderer Organisationen und die Analyse von eigenen Prozessen im Vergleich zu exzellenten Prozessen mit dem Ziel, Verbesserungen zu erreichen. Benchmarking bedeutet somit zu vergleichen, hervorragende Leistungen zu erkennen und schließlich jene Faktoren zu ermitteln, die eine Organisation im Vergleich zu anderen Organisationen im untersuchten Bereich besser abschneiden lassen.

Entwicklung der Indikatoren für Gesundheitsförderung

Eine Überprüfung derzeit gebräuchlicher Indikatoren auf ihre Gesundheitsförderungsrelevanz ergab, dass nur wenige Indikatoren einen Bezug zur Gesundheitsförderung haben – die meisten der 300 gefundenen Indikatoren befassen sich mit klinischer Effektivität²⁸. Daher entwickelten Arbeitsgruppen in Ergänzung zum Selbstbewertungs-Instrument für Gesundheitsförderung im Krankenhaus konsensbasierte Indikatoren. Zu

28. Champagne F, Guisset AL. A review of the indicators currently used in performance evaluation systems. Background paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (5038066/9).

diesem Zweck fanden zwei internationale Treffen mit Experten für die Entwicklung von Indikatoren, für Qualitätsentwicklung, für Zertifizierung und für Gesundheitsförderung statt²⁹.

Die identifizierten Indikatoren für Gesundheitsförderung mögen wissenschaftlich nicht so unangreifbar sein wie andere Indikatoren, die schon lange in der medizinischen Praxis eingesetzt werden. Es soll jedoch betont werden, dass die Leistungsbewertung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Gesundheitsversorgung noch ein neues Feld ist, das weiterer Entwicklungen bedarf. Die Datenerfassung für einige Gesundheitsförderungsindikatoren wird nicht ohne Zusatzaufwand möglich sein, weil die benötigten Informationen nicht von den Routine-Informationssystemen in den Häusern erfasst werden. Aber daraus ergibt sich auch die Chance, mit Hilfe detaillierterer Daten präzisere Vergleiche anzustellen oder die Daten besser mit Zielen der eigenen Organisation in Verbindung zu bringen.

Die folgenden Indikatoren wurden als Ergänzung zu den im Selbstbewertungs-Instrument für Gesundheitsförderung im Krankenhaus vorgestellten fünf Standards ausgewählt:

Tabelle 1: Indikatoren für Gesundheitsförderung im Überblick

Standard/Bereich	Indikator
Management-Grundsätze	% der Mitarbeiter kennen die Gesundheitsförderungs-Grundsätze des Hauses % der Patienten (und Angehörigen), die die Standards der Gesundheitsförderung kennen % des Budgets, das für Gesundheitsförderungsmaßnahmen für die Mitarbeiter eingesetzt wird
Patienten-Einschätzung (-Assessment)	% der Patienten, bei denen allgemeine Risikofaktoren erhoben wurden % der Patienten, bei denen krankheitsspezifische Risikofaktoren (nach Richtlinien) festgestellt wurden Bewertung der Patienten-Einschätzung durch die Patienten
Patienten-information und -intervention	% der Patienten, die Schulungen zu spezifischen Maßnahmen zum Selbstmanagements ihrer Krankheit erhielten % der Patienten, die Schulungen zur Veränderung von Risikofaktoren und zu Behandlungsoptionen für ihre Krankheit erhielten Bewertung von Information und Intervention durch die Patienten
Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes	% rauchender Mitarbeiter Raucherentwöhnung Durchschnittliche Bewertung der Arbeitsbedingungen durch die Mitarbeiter % der Kurzzeitabsenzen % arbeitsbezogener Unfälle und Verletzungen Burnout-Werte der Mitarbeiter
Kontinuität und Kooperation	% der Arztbriefe, die innerhalb von zwei Wochen nach Entlassung dem Einweiser oder der weiterbehandelnden Klinik übermittelt oder dem Patienten bei der Entlassung mitgegeben werden % von Wiederaufnahmen über die Notaufnahme des selben Krankenhauses aufgrund von Komplikationen innerhalb von 5 Tagen nach der Entlassung Bewertung der Entlassungsvorbereitung durch die Patienten

29. Standards for health promotion: development of indicators for a self-assessment tool. WHO Regional Office for Europe, 2003. (<http://www.euro.who.int/document/E84988.pdf> , accessed 08 May 2006).

Diese Indikatoren werden in Abschnitt 7 ausführlich beschrieben. Für jeden Indikator wurde ein Informationsblatt mit folgenden Punkten angelegt: Thema, Name, Konzept und Begründung, Zähler, Nenner, Datenquelle, Stratifikation und Anmerkungen.

3.6. Komplementäre Verwendung von Standards und Indikatoren

Standards beziehen sich hauptsächlich auf Strukturen und Prozesse, Indikatoren in erster Linie auf Prozesse und Ergebnisse. Indikatoren haben andere metrische Eigenschaften und brauchen einen Zähler und einen Nenner. Standards basieren auf einer klaren Definition, können dafür aber nicht unbedingt in Zahlen ausgedrückt werden. Die Beziehung zwischen Standards und Indikatoren ist komplementär; beide folgen unterschiedlichen Philosophien und können – wenn sie kombiniert werden – die Qualitätsentwicklung im Krankenhaus unterstützen.

Verwendung von Standards und Indikatoren zur Qualitätsbewertung

Bei einer Standard-basierten Evaluation wird bewertet, ob die für die Erreichung spezifischer erwünschter Ergebnisse benötigten Strukturen, Systeme und Prozesse bestehen und funktionieren. Dahinter steht die Annahme, dass mit der Erfüllung der Standards alle Voraussetzungen für eine möglichst hohe Wahrscheinlichkeit guter Ergebnisse (Outcome) für Patienten, Mitarbeiter oder die Bevölkerung gegeben sind. Standards messen die Bemühungen zur Qualitätsentwicklung. Aus der Bewertung der Standards ergeben sich also Fragen wie: „Macht die Organisation das Richtige?“ und „Macht sie immer das Richtige?“ Aber die Bewertung der Standards liefert keine Informationen über das tatsächliche Leistungsniveau einer Organisation.

Demgegenüber misst die Leistungsbewertung auf Grundlage von Indikatoren sehr wohl, wie gut etwas gemacht wird. Obwohl sich Leistungsmaße auch auf Strukturen oder Prozesse beziehen können, behandeln sie idealerweise den Outcome, z. B. Gesundheitsergebnisse, Gesundheitszustand, Patientenzufriedenheit und Ressourcenverbrauch der Versorgung. Die Verwendung von Kennzahlen wird durch die Herausforderung erschwert, komplexe Daten zu sammeln und zu analysieren, die auch noch nach potenziell verzerrenden Faktoren aufgeschlüsselt werden müssen. Einzelne Indikatoren sind nur schwer interpretierbar, Potenziale der Qualitätsentwicklung können eher aus Beziehungen zwischen ausgesuchten Indikatoren herausgelesen werden.

Nach Donabedians Typologie kann Qualität über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse beschrieben werden. Obwohl es in letzter Konsequenz natürlich um die Ergebnisse geht, muss aus Sicht der Qualitätsentwicklung ein Verständnis über den Zusammenhang zwischen Struktur, Prozess und Ergebnis erzeugt werden. Die Kombination der einander ergänzenden Standards und Indikatoren ermöglicht dies. Die Abweichung von Standards kann auf einen Entwicklungsbedarf von Strukturen oder Prozessen zur

Maximierung der Wahrscheinlichkeit guter Ergebnisse hinweisen. So ist es beispielsweise notwendig, negative Ergebnisse wie das Auftreten kritischer Anlässe zu beobachten, aber wenn so ein Vorfall auftritt, kann nichts mehr daran geändert werden.

Verwendung der Standards und Indikatoren im Selbstbewertungs-Instrument

Im WHO-Selbstbewertungs-Instrument werden Standards nur über die messbaren Elemente bewertet. Gesundheitsförderungsindikatoren sollen diese Bewertung ergänzen, indem sie Aussagen zum Erfüllungsgrad eines Standards über längere Zeit hinweg erlauben. Jedes Krankenhaus kann für sich entscheiden, für welche Indikatoren es Daten sammeln will, aber pro Bereich sollten Daten für zumindest einen Indikator gesammelt werden. Das Selbstbewertungs-Instrument enthält auch einen Abschnitt, in dem zusätzliche Indikatoren eingetragen werden können, die entweder von lokaler Bedeutung sind oder für die ohnehin routinemäßig Daten erhoben werden. Wenn das Krankenhaus eigene Indikatoren aufnehmen möchte, sollte jedoch darauf geachtet werden, diese Indikatoren in der gleichen Art wie die anderen Indikatoren im Handbuch zu beschreiben.

Die Indikatoren sollen im Rahmen des Selbstbewertungs-Verfahrens in erster Linie eine operationalisierbare Grundlage (Baseline) für die zukünftige Qualitätsentwicklung liefern, die auch Basis für die Erstellung eines Qualitätsentwicklungs-Plans sein sollte. Diese Baseline kann eine wertvolle Unterstützung für die wiederholte Leistungserfassung über längere Zeit hinweg darstellen.

4. Projektimplementierung

4.1. Klärung der Verantwortlichkeiten

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass Gesundheitsförderung nicht an eine bestimmte Person oder Funktion im Krankenhaus delegiert werden kann, denn sie fällt in die Verantwortung jedes Einzelnen im Krankenhaus; und jeder Mitarbeiter und auch die Patienten können zur Gesundheitsförderung beitragen. Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollten ebenso wie andere klinische Qualitätsbereiche durch Standards und Indikatoren bewertet werden. In diesem Sinne kann die Gesundheitsförderung als ‚zusätzlicher Wert‘ zu bestehenden Qualitätsinitiativen angesehen werden, und die Selbstbewertung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollte in die bestehenden Qualitätsmanagementsysteme des Krankenhauses integriert werden.

Es muss betont werden, dass sich alle Mitarbeiter dem Erfolg des Projektes verpflichtet fühlen müssen. Der jeweilige persönliche Einsatz wird abhängig von Interessen und Motivation variieren, aber eine Grundakzeptanz des Projektes im Krankenhaus und eine Identifikation der Belegschaft mit dem Projekt sind die beiden Eckpfeiler für den Erfolg. Für das Projekt muss ein Team mit klar definierten Aufgaben und Zuständigkeitsbereichen aufgebaut werden.

Beteiligte:

Krankenhausmanagement: Entscheidend für den Erfolg dieses Projektes ist das Engagement des Geschäftsführenden Direktors (chief executive), des Leitungsgremiums (governing body) und der Führungskräfte (senior managers) des Krankenhauses. Sie müssen die Implementierung des Aktionsplans sicherstellen und Ressourcen für dessen Umsetzung zur Verfügung stellen.

Projektleiter: Es ist unbedingt erforderlich, im Krankenhaus einen Projektleiter zu bestimmen, der den Prozess leitet und andere Mitarbeiter in der Durchführung der Selbstbewertung schult. Diese Person sollte idealerweise bereits für andere Qualitätsinitiativen im Krankenhaus zuständig sein, da das Projekt in der Art anderer Qualitätsentwicklungsmaßnahmen durchgeführt werden sollte.

Verantwortliche für die einzelnen Gesundheitsförderungsbereiche: Der Projektleiter kann einen Verantwortlichen für jeden der fünf Standards der Gesundheitsförderung einsetzen (die Verantwortlichen können aber auch für mehr als einen Standard zuständig sein). Die Verantwortlichen sind für die Bewertung der Standards und Substandards zuständig. Sie sind auch für die Dokumentation jener Nachweise verantwortlich, auf denen ihre Antworten beruhen. Und sie sind – zusammen mit den anderen Mitgliedern des Lenkungsausschusses – dafür verantwortlich, Daten für die Gesundheitsförderungsindikatoren zu sammeln.

Interdisziplinärer Lenkungsausschuss: Der Projektleiter muss einen interdisziplinären Lenkungsausschuss einrichten, der Mitarbeiter aller Ebenen repräsentiert. Der Lenkungsausschuss sollte sich regelmäßig treffen, um Fortschritte der Selbstbewertung zu besprechen, Ideen über Disziplinen hinweg zu entwickeln und eine stärkere Identifikation mit dem Projekt zu fördern. Jedes Krankenhaus muss die Mitglieder des Lenkungsausschusses entsprechend der Gegebenheiten vor Ort festlegen. Grundsätzlich wird aber vorgeschlagen, die folgenden Gruppen und Hierarchieebenen in den interdisziplinären Lenkungsausschuss einzubinden:

- eine leitende Pflegeperson, die auch für Qualitätssicherung / klinisches Audit verantwortlich sein kann
- ein Oberarzt und ein Assistenzarzt
- ein Angehöriger der Krankenhausleitung
- ein Mitarbeiter der Personalabteilung
- ein Vertreter der therapeutischen Berufe (z. B. Physiotherapie, Arbeitstherapie), der medizintechnischen Berufe (z. B. Röntgentechnik) und/oder ein Vertreter der nicht-klinischen Dienstleistungen.

4.2. Datenerhebung

Mitarbeiter unterschiedlicher Ebenen des Krankenhauses sollten in die Erhebung der Daten einbezogen werden und eine abgestimmte Bewertung der Standards unterstützen. Es ist wichtig zu betonen, dass es wenig Sinn macht, wenn eine Person die Selbstbewertung allein und ohne Einbeziehung der relevanten Mitarbeiter durchführt, da die Ergebnisse subjektiv wären, die Mitarbeiter sich nicht mit dem Prozess identifizieren und wenig daraus lernen würden.

Für die Bewertung der Standards und Indikatoren sind im Krankenhaus hauptsächlich drei Datenquellen verfügbar: Routinedaten, Befragungen, Bewertungsverfahren. Zusätzlich können Daten von externen Partnern zur Verfügung gestellt werden, z. B. können Versicherungen über Daten zu Gesundheitsverhalten oder Krankenständen der Mitarbeiter verfügen.

Routinedaten können Informationen für einige der Gesundheitsförderungsstandards und -indikatoren beinhalten; besonders nützlich sind z. B. elektronische Patientenakten, aus denen Informationen über spezielle Gesundheitsförderungsanamnesen oder -leistungen gezogen werden können. Verwaltungsdatenbanken können bis zu einem bestimmten Grad Informationen zu Indikatoren zur betrieblichen Gesundheitsförderung enthalten. Wo immer es möglich ist, sollten verfügbare Routinedaten für die Selbstbewertung genutzt werden, um den Aufwand für die Datenerfassung möglichst gering zu halten. Aber die in solchen Datenbanken enthaltenen Informationen reichen für die spezifische Bewertung von Gesundheitsförderung unter Umständen nicht aus. Sie sind eventuell auch zu wenig flexibel, um für andere als ihre ursprünglichen Zwecke genutzt zu werden.

Befragungen, und zwar sowohl von Patienten als auch von Mitarbeitern, sind eine wichtige Datenquelle für eine ganze Reihe von Gesundheitsförderungsindikatoren.

Da Befragungen nur mittels gültiger (valider) und zuverlässiger (reliabler) Methoden durchgeführt werden sollten und solche Methoden kostenintensiv sein können, sollte die Durchführung eigener Befragungen so weit wie möglich vermieden werden. Statt dessen sollten Fragen zur Bewertung der Gesundheitsförderungsstandards und -indikatoren nach Möglichkeit in bestehende Patienten- und Mitarbeiterbefragungen integriert werden.

Eine Auswertung klinischer Aufzeichnungen ist für die Bewertung der Standards zur Patienteneinschätzung (-Assessment), -information und -intervention erforderlich. Details dazu sind weiter unten zusammengefasst.

Standards

Die Standards zum Krankenhausmanagement und zum Krankenhaus insgesamt (Management-Grundsätze, Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes, Kontinuität und Kooperation) sollten von der Krankenhausleitung und – falls vorhanden – von einer Qualitätskommission bewertet werden. Die Standards für klinische Maßnahmen (Patienteneinschätzung (-Assessment), -information und -intervention) sollten in den klinischen Abteilungen bewertet werden. Es wird empfohlen, für die Bewertung eine Zufallsstichprobe von 50 Patientenakten aus den innerhalb der letzten 3 Monate eingelieferten und entlassenen Patienten zu ziehen. Die Bewertungsgruppe sollte interdisziplinär aus Fachkräften zusammengesetzt werden, die über gute Kenntnisse der Dokumentationsgewohnheiten in der jeweiligen Organisationseinheit verfügen. Der Begriff „Patientenakte“ umfasst alle Unterlagen, die für die Bewertung der Standards notwendig sein können (ärztliche und Pflegedokumentationen, Aufzeichnungen von Therapeuten und Ernährungsassistenten usw.).

Indikatoren

Im Selbstbewertungs-Instrument müssen Indikatoren angeführt werden. Der Prozess der Datensammlung für die Indikatoren ist allerdings separat durchzuführen. Jedes Krankenhaus kann für sich entscheiden, welche Indikatoren es auswählt, aber für jeden der fünf Standards sollte wenigstens ein ergänzender Indikator herangezogen werden.

Indikatoren müssen im Selbstbewertungs-Instrument angeführt werden, um die Entwicklung eines Aktionsplans zu ermöglichen, der sowohl auf der Bewertung der Standards als auch auf dem mit Hilfe der Indikatoren gemessenen Leistungsniveau basiert. Wiederholte Messungen der Indikatoren sind in bestimmten Zeitabständen notwendig, um Veränderungen der Indikatoren feststellen zu können. Es wird empfohlen, die Daten für die Indikatoren alle sechs Monate zu aktualisieren.

4.3. Interpretation der Ergebnisse

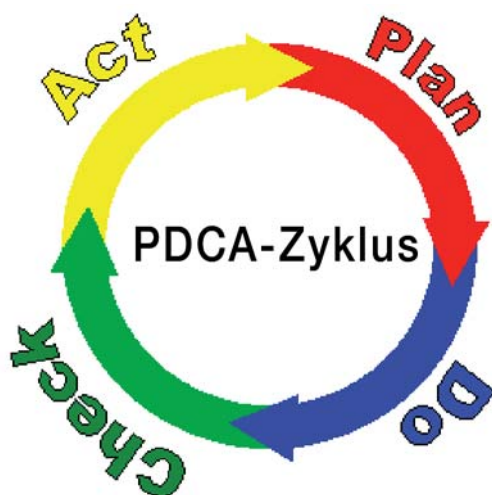
Qualitätsmesswerte erfordern die Zusammenfassung von Daten zur Gesundheitsversorgung der Patienten und die Beschreibung dieser Daten als Anteil, Verhältnis, Häufigkeit, Verteilung oder Punktzahl für die durchschnittliche Leistung.

Messwerte bestehen oft aus Zahlen und Maßeinheiten, wobei die Zahlen die Größenordnung und die Maßeinheiten den inhaltlichen Kontext für die Interpretation der Zahl angeben. Ohne einen Vergleichsstandard ist es schwierig, die Ergebnisse einer Qualitätsmessung als gut oder schlecht zu interpretieren. Verschiedene Vergleichsmöglichkeiten sind: externer Vergleich mit vergleichbaren Anbietern zu einem ausgewählten Zeitpunkt; wiederholter externer Vergleich mit vergleichbaren Anbietern; interner Vergleich über einen Zeitraum hinweg (Vergleich der Werte vor und nach Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung), und vorgeschriebene Standards (z. B. Zielvorgaben durch einen regionalen Gesundheitsplan). Für zahlreiche medizinische Behandlungen und Dienstleistungen existieren gut etablierte Standards. In diesen Fällen ist es möglich, Aussagen darüber zu treffen, ob in den jeweiligen Bereichen ein Qualitätsproblem besteht oder nicht. Dort, wo es keine Versorgungsstandards gibt, können die Ergebnisse interpretierbar gemacht werden, indem man sie zum Beispiel mit organisationsinternen oder nationalen Zielen vergleicht. Es wird vorgeschlagen, Ergebnisse der Selbstbewertung nicht nur innerhalb des Krankenhauses, sondern auch mit anderen Krankenhäusern zu diskutieren, die eine Selbstbewertung ihrer Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchgeführt haben.

4.4. Erstellung eines Qualitätsentwicklungsplans

Für die Implementierung dieses Projektes wird die Einhaltung des Plan-Do-Check-Act (PDCA)-Zyklus vorgeschlagen. Dieser PDCA-Zyklus wurde ursprünglich in den 1930er Jahren von Walter Shewart entwickelt und später von W. Edwards Deming aufgegriffen. Dieses Model stellt einen Rahmen für die Verbesserung von Prozessen oder Systemen zur Verfügung. Es kann entweder als Orientierung für das gesamte Verbesserungsprojekt oder zur Entwicklung spezifischer Projekte zur Verbesserung ausgewählter Bereiche genutzt werden. Der PDCA-Zyklus wurde als dynamisches Model entwickelt (Abbildung 4). Das Ende eines Durchlaufs durch den Zyklus geht in den Beginn des nächsten Durchlaufs über. Dem Gedanken kontinuierlicher Qualitätsentwicklung folgend kann der Prozess zu jedem Zeitpunkt neu aufgerollt werden, und neue Veränderungsmaßnahmen können erprobt werden.

Abbildung 4: Plan-Do-Check-Act-Zyklus



Plan: Planung einer Maßnahme, eines Projekts oder eines Verfahrens zur Verbesserung. Dies umfasst die Analyse des zu Verbessenden, die Feststellung entwicklungsfähiger Bereiche sowie die Entscheidung, wo und wie mit dem geplanten Einsatz der größte Erfolg zu erzielen ist.

Do: Durchführung der Veränderung oder der Erprobung einer Veränderungsmaßnahme (in möglichst kleinem Umfang) und Implementierung der in der Planungsphase entschiedenen Änderungen.

Check: Überprüfung der Ergebnisse und Analyse auf Fehler und Erfolge. Dies ist ein entscheidender Schritt im PDCA-Zyklus. Nachdem eine Änderung implementiert ist, muss man bewerten, wie gut sie wirkt. Führt sie wirklich zu den erhofften Verbesserungen? Man muss sich für die Messwerte entscheiden, mit denen der Verbesserungsgrad überprüft werden kann.

Act: Beibehaltung oder Verwerfung der Änderungen oder Wiederholung des Zyklus.

Jeder Abschnitt des Selbstbewertungs-Instruments enthält ein Textfeld, in das die im Zuge der Bewertung von Standards und Indikatoren identifizierten Qualitätsentwicklungsmaßnahmen und die dafür Verantwortlichen einzutragen sind. Ebenso sind ein Zeitplan und die erwarteten Ergebnisse der Maßnahme anzugeben. Der letzte Abschnitt des Selbstbewertungs-Instruments enthält ein weiteres Textfeld, in das die übergreifenden Qualitätsentwicklungsmaßnahmen ebenso wie Maßnahmen zu einzelnen Standards eingetragen werden können.

Es gehört zu den Verantwortungen des Projektleiters, in Kooperation mit dem interdisziplinären Lenkungsausschuss Daten so genau wie möglich zu ermitteln und gleichzeitig realistische Vorschläge zu möglichen Qualitätsverbesserungsmaßnahmen zu entwickeln, da nur auf dieser Basis das Einverständnis der Krankenhausleitung zur Umsetzung der Vorschläge erzielt werden kann.

Nach Durchführung der Selbstbewertung kennt der Lenkungsausschuss Bereiche guter Praxis ebenso wie Bereiche, in denen das Krankenhaus die Standards oder Substandards nicht erreicht hat und Verbesserungen notwendig sind. Ein Aktionsplan zur Verbesserung dieser Bereiche kann auf dieser Grundlage entwickelt werden. Es ist wichtig, dass sich die Maßnahmen in diesem Plan auch auf lokale oder nationale Prioritäten und Ziele beziehen und die im Krankenhaus vorhandenen Ressourcen berücksichtigen. Um Entwicklungen beobachten zu können, sollte der Plan in bestehende Managementsysteme des Krankenhauses integriert werden.

Nachdem Qualitätsentwicklungspotenziale erfolgreich identifiziert und Maßnahmen geplant und implementiert wurden, müssen anschließende Selbstbewertungen durchgeführt werden, um den Qualitätszirkel fortzusetzen. Nach jedem vollständigen Durchlauf durch den PDCA-Zyklus kann ein neues und etwas komplexeres Projekt gestartet werden, um die Dienstleistungen kontinuierlich weiter zu entwickeln.

5. Selbstbewertungsformulare

Zuständigkeit für die Selbstbewertung

In diesem Abschnitt sollen die Verantwortlichen für die Selbstbewertung dokumentiert werden. Eine Person (der Projektleiter) muss die Gesamtverantwortung tragen. Zusätzlich können für die einzelnen Standards je nach Struktur des Krankenhauses und den verfügbaren Personalkapazitäten weitere Verantwortliche eingebunden werden, (z. B. kann die Verantwortung für die Bewertung der Standards 1 und 5 einer Person aus der Krankenhausleitung übertragen werden, während die Verantwortung für die Bewertung anderer Standards bei einem klinischen Mitarbeiter liegen kann). Alle Beteiligten sollten ihre Bereitschaft zur Durchführung der Datenerfassung für den jeweiligen Standards mit ihrer Unterschrift bestätigen.

Der Aktionsplan sollte vom gesamten interdisziplinären Lenkungsausschuss entwickelt und mitgetragen werden. Der Projektleiter bestätigt den Aktionsplan und unterstützt dessen Implementierung. Der Aktionsplan muss der Krankenhausleitung vorgelegt werden.

Projektleiter

(übernimmt die Gesamtverantwortung für den Selbstbewertungsprozess und für die erarbeiteten Ergebnisse)

Name		
Funktion		
Datum	/	/

Unterschrift

Mitglieder des Lenkungsausschusses

Name	Abteilung	Titel/ Funktion	Beruf/ Disziplin

Verantwortliche Person für Standard 1: Management-Grundsätze (-Policy)

Name
Funktion
Datum / /

Unterschrift

Verantwortliche Person für Standard 2: Patienteneinschätzung (-Anamnese)

Name
Funktion
Datum / /

Unterschrift

Verantwortliche Person für Standard 3: Patienteninformation und -intervention

Name
Funktion
Datum / /

Unterschrift

Verantwortliche Person für Standard 4: Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes

Name
Funktion
Datum / /

Unterschrift

Verantwortliche Person für Standard 5: Kontinuität und Kooperation

Name
Funktion
Datum / /

Unterschrift

1

Standard Management-Grundsätze (-Policy)

Gesundheitsförderung ist Bestandteil des schriftlich formulierten Leitbilds der Organisation. Die im Leitbild formulierten Grundsätze zielen auf die Verbesserung der Gesundheitsergebnisse des Krankenhauses ab und sind Bestandteil eines organisationsumfassenden Qualitätsentwicklungssystems. Sie beziehen sich auf Patienten, Angehörige und Mitarbeiter.

Zielsetzung

Beschreibung der Aktivitäten der Organisation im Bereich Gesundheitsförderung als integraler Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems.

Substandards

1.1. Die Verantwortlichkeit für Gesundheitsförderung ist in der Organisation klar festgelegt.

1.1.1. Das Leitbild und die schriftlichen Ziele des Krankenhauses schließen Gesundheitsförderung mit ein.

[Nachweis: z. B. Leitbild und schriftliche Ziele]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.1.2. Die Krankenhausleitung hat innerhalb des letzten Jahres die Vereinbarung zur Beteiligung am WHO-HPH-Projekt bestätigt.

[Nachweis: z. B. Datum der Entscheidung oder der Zahlung des Jahresbeitrags]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.1.3. Die aktuellen Qualitäts- und Geschäftsziele des Krankenhauses beinhalten Gesundheitsförderung für Patienten, Mitarbeiter und die regionale Bevölkerung.

[Nachweis: z. B. Gesundheitsförderung als expliziter Bestandteil im Aktionsplan]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.1.4. Die Zuständigkeit von Personen und Funktionen für die Koordination von Gesundheitsförderung ist klar geregelt.

[Nachweis: z. B. Mitarbeiter, die für die Koordinierung von Gesundheitsförderung verantwortlich sind]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2.

Die Organisation stellt Ressourcen für die Implementierung von Gesundheitsförderung bereit.

1.2.1. Es gibt ein festgelegtes Budget für gesundheitsfördernde Dienstleistungen und Infrastrukturen.

[Nachweis: z. B. dokumentiertes Budget oder Personalressourcen]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2.2. Gesundheitsförderung ist definierter Bestandteil der Arbeitsabläufe in den Organisationseinheiten (z. B. in klinischen Leitlinien oder klinischen Pfaden).

[Nachweis: z. B. schriftlich formulierte Standards, Leitlinien, Patientenpfade]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2.3. Spezifische Strukturen und Einrichtungen für Gesundheitsförderung (einschließlich Ressourcen, Räumlichkeiten, Gerätschaften) sind vorhanden.

[Nachweis: z. B. Hebehilfen]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3.

Die Organisation stellt sicher, dass die Qualität von Gesundheitsförderungsmaßnahmen evaluiert und dass Daten dafür erhoben werden.

1.3.1. Daten zu Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden routinemäßig erfasst und können von den Mitarbeitern zu Evaluationszwecken eingesehen werden.

[Nachweis: z. B. Verfügbarkeit wird durch Mitarbeiterbefragung überprüft]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3.2. Es gibt ein Programm zur Qualitätsbewertung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

[Nachweis: z. B. Zeitplan für die Durchführung von Erhebungen]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Standard 1: Management-Grundsätze (Policy)

Ergänzende Indikatoren

- _____ % der Mitarbeiter kennen die Grundsätze des Krankenhauses zur Gesundheitsförderung
- _____ % der Patienten (und Angehörigen) kennen die Standards für Gesundheitsförderung
- _____ % des Budgets sind für Gesundheitsförderungs-Aktivitäten des Personals vorgesehen

Zusätzliche Indikatoren

(eigene Indikatoren, die Sie für den Aktionsplan berücksichtigen wollen)

A large, empty yellow rectangular box intended for the user to write their own indicators for the action plan.

Standard 1: Management-Grundsätze (Policy)

Aktionsplan

	Maßnahme	Verantwortlich	Zeitraumen	Erwartete Ergebnisse
Allgemeine Anmerkungen				
1.1.				
1.2.				
1.3.				

2

Standard Patienteneinschätzung (-Assessment)

Die Organisation garantiert die systematische Erfassung des Gesundheitsförderungs-Bedarfs der Patienten durch das ärztliche, pflegerische und therapeutische Personal. Dies erfolgt in Partnerschaft mit den Patienten.

Zielsetzung

Unterstützung der Patientenbehandlung, Verbesserung von Prognosen sowie Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Patienten.

Substandards

2.1. Die Organisation garantiert, dass der Gesundheitsförderungs-Bedarf bei allen Patienten erhoben wird.

2.1.1. Es gibt Leitlinien zur Erfassung des Rauchverhaltens, des Alkoholkonsums, des Ernährungsverhaltens und des psycho-sozio-ökonomischen Status.

[Nachweis: z. B. entsprechende Leitlinien]

Anmerkungen

2.1.2. Die entsprechenden Leitlinien/Verfahren wurden innerhalb des letzten Jahres überarbeitet.

[Nachweis: z. B. Datum der Überarbeitung, Name der verantwortlichen Person]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1.3. Es gibt Leitlinien zur Erfassung des Gesundheitsförderungs-Bedarfs bei spezifischen Patientengruppen (z. B. Patienten mit Asthma, Diabetes, chronisch-obstruktiver Lungenkrankheit, chirurgischer Intervention oder Rehabilitation).

[Nachweis: z. B. Leitlinien für spezifische, in der Organisationseinheit behandelte Patientengruppen]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2.

Die Abklärung des Gesundheitsförderungs-Bedarfs erfolgt beim Erstkontakt des Patienten mit dem Krankenhaus. Der Bedarf wird ständig kontrolliert und gemäß der gesundheitlichen Entwicklungen des Patienten – oder auf dessen Wunsch – adaptiert.

2.2.1. Der diagnostizierte Bedarf wird bei der Aufnahme in der Patientenakte vermerkt.

[Nachweis: z. B. Überprüfung der Patientenakten]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2.2. Es gibt Leitlinien/Verfahren zur Kontrolle des diagnostizierten Gesundheitsförderungs-Bedarfs bei der Entlassung oder nach einer erfolgten Intervention.

[Nachweis: z. B. Leitlinien vorhanden]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3.

Die Abklärung des Gesundheitsförderungs-Bedarfs berücksichtigt Informationen von Dritten und erfolgt unter Berücksichtigung und Wertschätzung der sozialen und kulturellen Hintergründe des Patienten.

2.3.1. Die Patientenakte enthält Informationen des überweisenden Arztes oder aus anderen relevanten Quellen.

[Nachweis: z. B. Information in der Patientenakte]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3.2. Die Patientenakte dokumentiert den sozialen und kulturellen Hintergrund in angemessener Weise.

[Nachweis: z. B. Dokumentation der Religion, die eine besondere Diät oder sonstige besondere Berücksichtigung erfordert, sowie von sozialen Umständen, die auf eine Gefährdung des Patienten hinweisen können]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Standard 2: Patienteneinschätzung (-Assessment)

Ergänzende Indikatoren

Bei _____ % der Patienten werden allgemeine Risikofaktoren erfasst.

Bei _____ % der Patienten werden krankheitsspezifische Risikofaktoren den klinischen Leitlinien entsprechend erfasst.

_____ Wert für Patientenzufriedenheit mit der Erfassung des Gesundheitsförderungs-Bedarfs.

Zusätzliche Indikatoren

(eigene Indikatoren, die Sie für den Aktionsplan berücksichtigen wollen)

A large, empty yellow rectangular box intended for the user to write down their own indicators for the action plan.

Standard 2: Patienteneinschätzung (-Assessment)

Aktionsplan

	Maßnahme	Verantwortlich	Zeitraumen	Erwartete Ergebnisse
Allgemeine Anmerkungen				
2.1.				
2.2.				
2.3.				

3

Standard

Patienteninformation und -intervention

Die Organisation informiert ihre Patienten über wesentliche Faktoren, die ihre Krankheit bzw. ihren Gesundheitszustand betreffen. Gesundheitsförderungs-Interventionen sind in alle Patientenpfade integriert.

Zielsetzung

Zu gewährleisten, dass Patienten über geplante Maßnahmen informiert und zu einer aktiven Partnerschaft in der Durchführung der geplanten Maßnahmen befähigt werden; Sicherstellung der Integration von Gesundheitsförderungs-Maßnahmen in alle Patientenpfade.

Substandards

3.1.

Der Patient wird auf Basis der Erfassung seines Gesundheitsförderungs-Bedarfs über Einflussfaktoren auf seine Gesundheit informiert. Ein Plan für relevante gesundheitsfördernde Maßnahmen wird in Partnerschaft mit dem Patienten vereinbart.

3.1.1. Die an den Patienten weitergegebenen Informationen werden in der Patientenakte dokumentiert.

[Nachweis: z. B. Information in der Patientenakten]

Anmerkungen

3.1.2. Gesundheitsförderungs-Maßnahmen und erwartete Ergebnisse werden in der Patientenakte dokumentiert und ausgewertet.

[Nachweis: z. B. Patientenakten]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.1.3. Die Zufriedenheit der Patienten mit den vermittelten Informationen wird erhoben, und die Ergebnisse werden in das Qualitätsmanagementsystem integriert.

[Nachweis: mit verschiedenen Erhebungsmethoden, z. B. Befragung, Fokusgruppeninterviews, Zeitpläne]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2.

Die Organisation stellt sicher, dass alle Patienten, Mitarbeiter und Besucher Zugang zu allgemeinen gesundheitsrelevanten Informationen haben.

3.2.1. Allgemeine Gesundheitsinformationen werden zur Verfügung gestellt.

[Nachweis: z. B. schriftliche Informationen, Internet-Informationen oder eine Informationsstelle]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2.2. Detaillierte Informationen zu besonders gefährlichen Krankheiten werden zur Verfügung gestellt.

[Nachweis: z. B. schriftliche Informationen, Internet-Informationen oder eine Informationsstelle]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2.3. Informationen über Patientenorganisationen werden zur Verfügung gestellt.

[Nachweis: z. B. Kontaktadressen liegen auf]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Standard 3: Patienteninformation und -intervention

Ergänzende Indikatoren

_____	% der Patienten sind über spezifische Maßnahmen zum Selbst-Management ihres gesundheitlichen Zustandes informiert und unterrichtet.
_____	% der Patienten sind über Beeinflussungsmöglichkeiten ihrer Risikofaktoren und über Optionen der Behandlung ihrer Erkrankung informiert und unterrichtet.
_____	Wert für Patientenzufriedenheit mit den vermittelten Informationen und Informationsmethoden

Zusätzliche Indikatoren

(eigene Indikatoren, die Sie für den Aktionsplan berücksichtigen wollen)

A large, empty yellow rectangular box intended for the user to write their own indicators for the action plan.

Standard 3: Patienteninformation und -intervention

Aktionsplan

	Maßnahme	Verantwortlich	Zeitraumen	Erwartete Ergebnisse
Allgemeine Anmerkungen				
3.1.				
3.2.				

4

Standard Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes

Das Management schafft Bedingungen für die (Weiter-) Entwicklung des Krankenhauses zu einem gesunden Arbeitsplatz.

Zielsetzung

Die Schaffung eines gesunden und sicheren Arbeitsplatzes sowie die Unterstützung von Gesundheitsförderungs-Aktivitäten für Mitarbeiter.

Substandards

4.1. Die Organisation garantiert die Entwicklung und Implementierung gesunder und sicherer Arbeitsplätze.

4.1.1. Die Arbeitsbedingungen entsprechen internationalen/nationalen/regionalen Bestimmungen und Indikatoren.
[Nachweis: z. B. Einhaltung von internationalen (EU), nationalen und regionalen Bestimmungen]

Anmerkungen

4.1.2. Die Mitarbeiter befolgen die Gesundheits- und Sicherheitsbestimmungen, und alle Risiken am Arbeitsplatz sind bekannt.
[Nachweis: z. B. Analyse der Arbeitsunfälle, Belehrungspläne, Begehungsprotokolle]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2.

Die Organisation garantiert die Entwicklung und Implementierung einer umfassenden Personalentwicklungsstrategie, die die Entwicklung und Schulung von Gesundheitsförderungs-Kompetenzen der Mitarbeiter einschließt.

4.2.1. Neue Mitarbeiter erhalten eine Einführung, die auch das Leitbild und die Grundsätze der Gesundheitsförderung im Krankenhaus beinhaltet.

[Nachweis: z. B. Protokoll der Einführungsveranstaltung, Einführungskonzept, Interview mit neuen Mitarbeitern]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2.2. Die Mitarbeiter aller Abteilungen kennen die Gesundheitsförderungs-Grundsätze der Organisation.

[Nachweis: Analyse von Mitarbeitergesprächen oder Teilnahme von Mitarbeitern an Gesundheitsförderungsprogrammen]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2.3. Gesundheitsförderung ist Bestandteil des Leistungsbewertungssystems und der kontinuierlichen Personalentwicklung.

[Nachweis: z. B. Konzept des Leistungsbewertungssystems der Personalentwicklung, Personalakten, Analyse der Mitarbeitergespräche]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2.4. Arbeitsabläufe (Verfahren und Leitlinien) werden in interdisziplinären Teams entwickelt.

[Nachweis: z. B. Protokolle der Arbeitsgruppen, Verfahren und Leitlinien, Analyse der Mitarbeitergespräche]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2.5 Die Mitarbeiter sind in die Entwicklung und Überprüfung der Unternehmenspolitik einbezogen.

[Nachweis: Protokolle der Arbeitsgruppen, Analyse der Mitarbeitergespräche]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3.

Die Organisation bietet Maßnahmen zur Entwicklung und Erhaltung des Gesundheitsbewusstseins der Mitarbeiter an.

4.3.1. Grundsätze zur Entwicklung des Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens der Mitarbeiter sind vorhanden.

[Nachweis: z. B. Dienstvereinbarungen / Betriebsvereinbarungen zum Rauchen, zum Alkoholkonsum, Substanzmissbrauch, usw.]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3.2 Entwöhnungsprogramme für Raucher werden angeboten.

[Nachweis: z. B. Entwöhnungsprogramme]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3.3. Jährliche Mitarbeiterbefragungen werden durchgeführt. Sie beinhalten Fragen zum individuellen Verhalten, zum Wissen über unterstützende Dienstleistungen/Grundsätze und zur Nutzung unterstützender Seminare.

[Nachweis: Fragebögen und Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Standard 4: Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes

Ergänzende Indikatoren

_____ % der Mitarbeiter, die rauchen

_____ Raucherentwöhnung

_____ Wert für Mitarbeiterzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

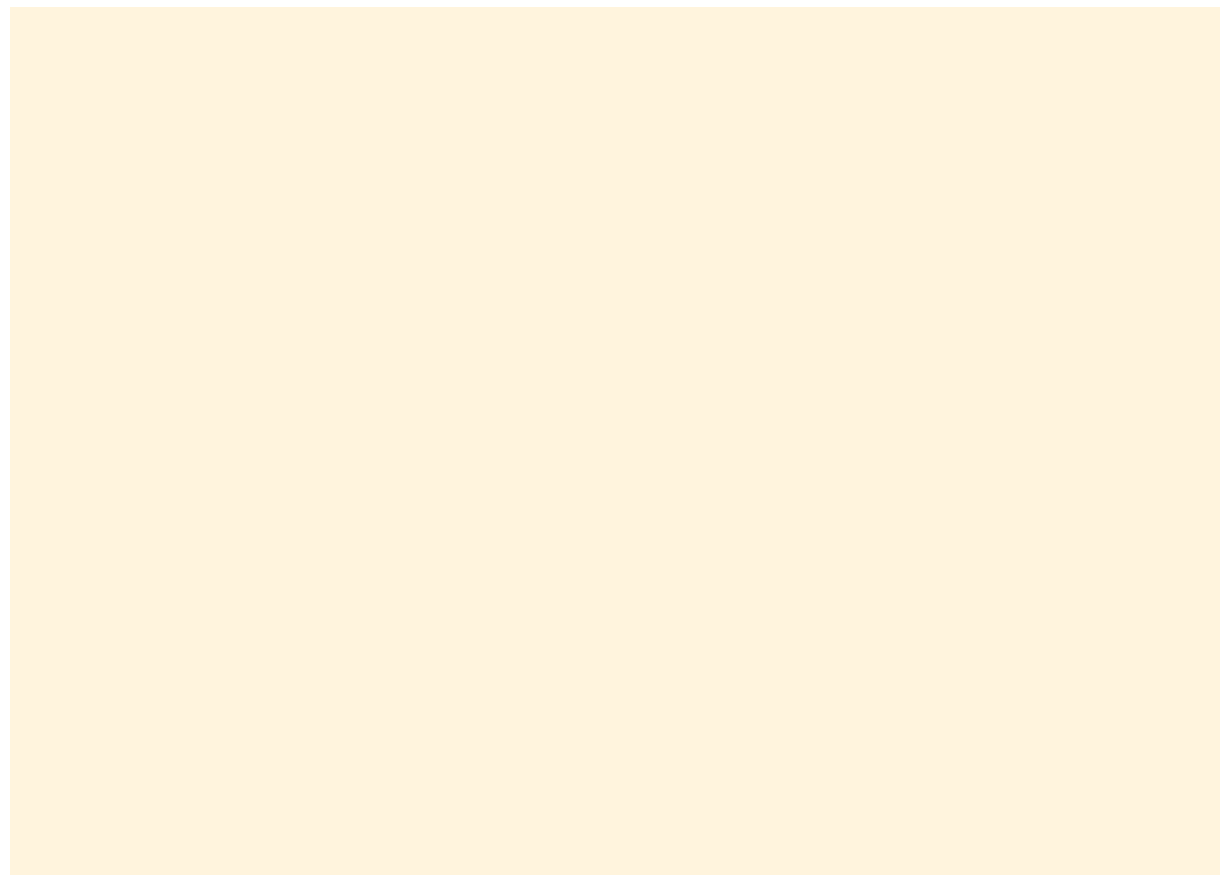
_____ % Kurzzeitabsenzen

_____ % Arbeitsunfälle

_____ Wert auf der Burnout-Skala

Zusätzliche Indikatoren

(eigene Indikatoren, die Sie für den Aktionsplan berücksichtigen wollen)



Standard 4: Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes

Aktionsplan

	Maßnahme	Verantwortlich	Zeitraumen	Erwartete Ergebnisse
Allgemeine Anmerkungen				
4.1.				
4.2.				
4.3.				

5

Standard Kontinuität und Kooperation

Die Organisation kooperiert sektorenübergreifend kontinuierlich und systematisch mit anderen Gesundheitsdienstleistern und Institutionen.

Zielsetzung

Sicherung der Kooperation mit relevanten Anbietern und Initiierung von Partnerschaften zur Optimierung der Integration von Gesundheitsförderungs-Aktivitäten in Patientenpfade.

Substandards

5.1.

Die Organisation stellt sicher, dass gesundheitsfördernde Dienstleistungen mit den aktuellen gesetzlichen Bestimmungen und internationalen/nationalen/regionalen gesundheitspolitischen Zielen und Plänen übereinstimmen.

5.1.1. Die Krankenhausleitung berücksichtigt regionale gesundheitspolitische Ziele und Pläne.

[Nachweis: z. B. Regelungen und Vorgaben sind identifiziert und in Sitzungsprotokolle der Krankenhausleitung festgehalten]

Anmerkungen

5.1.2. Es gibt eine Liste mit Anbietern von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen, die mit dem Krankenhaus zusammenarbeiten.

[Nachweis: Aktualisierungsdatum der Liste]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.1.3. Die intra- und intersektoralen Kooperationen erfolgen in Übereinstimmung mit regionalen gesundheitspolitischen Zielen und Plänen.
[Nachweis: Überprüfung der Übereinstimmung]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.1.4. Es gibt einen festgeschriebenen Plan zur Zusammenarbeit mit Partnern, der auf die Verbesserung der kontinuierlichen Behandlung der Patienten abzielt.
[Nachweis: z. B. Plan zur Zusammenarbeit, Entlassungsmanagement]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2.

Die Organisation garantiert die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Verfahren bei ambulanten Behandlungen und nach der Entlassung.

5.2.1. Patienten (und bei Bedarf ihre Angehörigen) erhalten bei ambulanten Behandlungen, Verlegungen oder Entlassungen verständliche weiterführende Informationen.
[Nachweis: z. B. Analyse von Patienten- und Angehörigenbefragung]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2.2. Die an der Patientenbehandlung beteiligten Partner haben sich auf ein Verfahren zum Austausch aller relevanten Patientinformationen geeinigt.
[Nachweis: z. B. Verträge, Absprachen]

Anmerkungen

Ja	Teilweise	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2.3. Schriftliche Informationen über den Patientenzustand, seinen Gesundheitsförderungs-Bedarf und die von der überweisenden Einrichtung durchgeführten Interventionen werden zeitgerecht an die weiterbetreuende Einrichtung übermittelt.

[Nachweis: z. B. Analyse von Arztbriefen, Überleitungsbogen]

Anmerkungen

Ja

Teilweise

Nein

5.2.4. Wenn angemessen, wird der Patientenakte ein Rehabilitationsplan beigefügt, der die Rolle des Krankenhauses und der kooperierenden Partner beschreibt.

[Nachweis: z. B. Überprüfung der Akten]

Anmerkungen

Ja

Teilweise

Nein

Standard 5: Kontinuität und Kooperation

Ergänzende Indikatoren

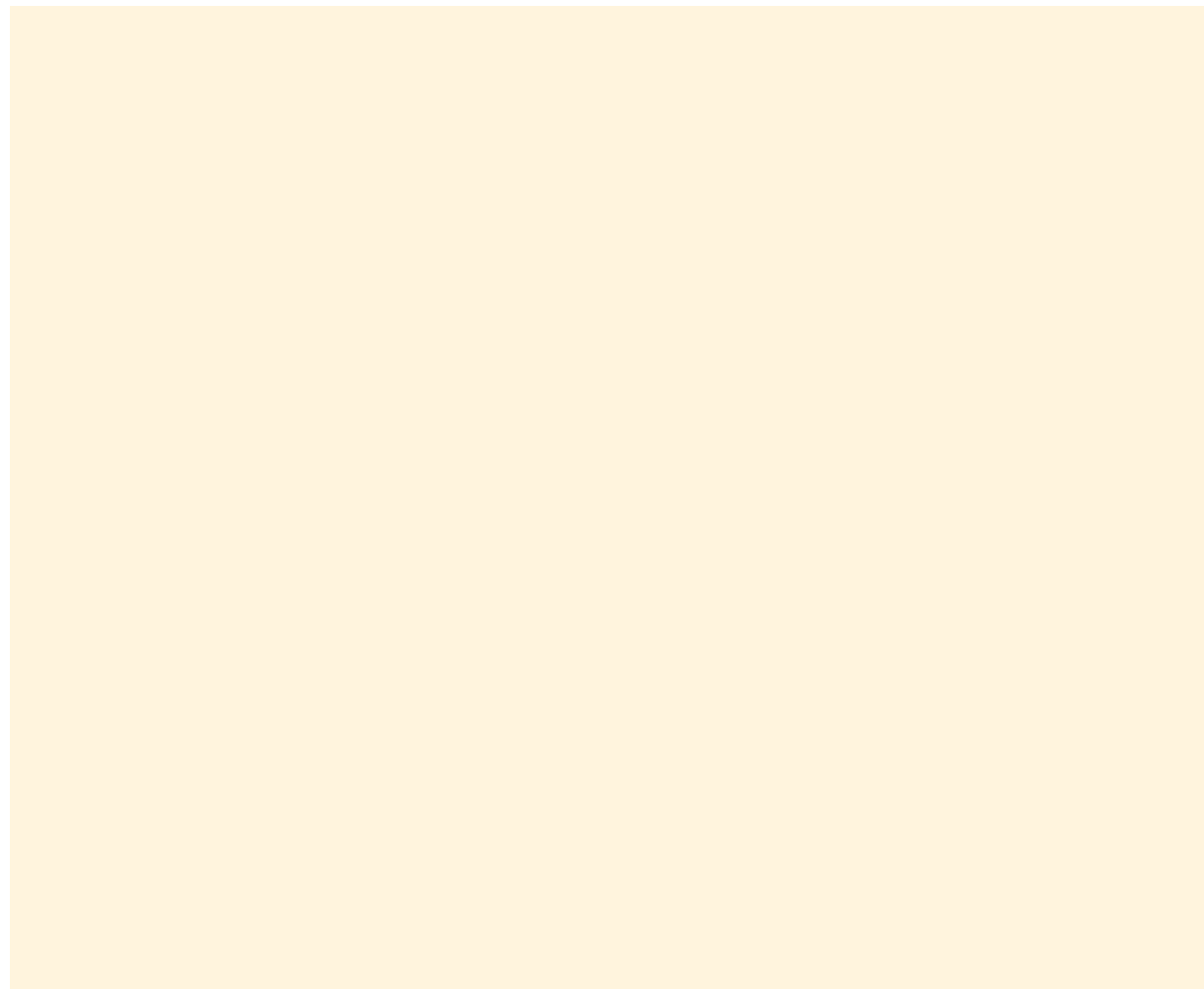
_____ % der Entlassungsberichte, die innerhalb von zwei Wochen an den praktischen Arzt oder die weiterbetreuende Klinik weitergeleitet oder dem Patienten bei der Entlassung mitgegeben werden.

_____ % von Wiederaufnahmen für ambulante Behandlungen aufgrund von aufgetretenen Komplikationen innerhalb von 5 Tagen nach der Entlassung.

_____ Wert für die Patientenzufriedenheit mit der Vorbereitung auf die Entlassung.

Zusätzliche Indikatoren

(eigene Indikatoren, die Sie für den Aktionsplan berücksichtigen wollen)



Standard 5: Kontinuität und Kooperation

Aktionsplan

	Maßnahme	Verantwortlich	Zeitraumen	Erwartete Ergebnisse
Allgemeine Anmerkungen				
5.1.				
5.2.				

Gesamtbewertung der Erfüllung der Standards

Management-Grundsätze

1

Gesamt

Ja	Teilweise	Nein
9	9	9

Patienten-Einschätzung

2

Gesamt

Ja	Teilweise	Nein
7	7	7

Patienteninformation und -intervention

3

Gesamt

Ja	Teilweise	Nein
6	6	6

Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes

4

Gesamt

Ja	Teilweise	Nein
10	10	10

Kontinuität und Kooperation

5

Gesamt

Ja	Teilweise	Nein
8	8	8

Insgesamt

Ja	Teilweise	Nein
40	40	40

Zusammenfassender Aktionsplan

Allgemeine Maßnahmen

Auf bestimmte Standards und Indikatoren bezogene Maßnahmen

Informationsblätter

6. Informationsblätter zu den Indikatoren

Für jeden vorgeschlagenen Indikator³⁰ wurde ein Informationsblatt erstellt. Diese Informationsblätter enthalten eine Anwendungsdefinition, die Begründung und Rechtfertigung der Anwendung (Art der Belastung, Wichtigkeit, Prävalenz, Verbesserungspotenziale), Angaben zu Datenquellen und Stratifikation, Validität / Gültigkeit und Anleitungen zur Interpretation.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass einige der vorgeschlagenen Indikatoren nicht als klinische Indikatoren mit eindeutigen Ein- und Ausschlusskriterien im Sinne des internationalen ICD-Codes verstanden werden können, sondern eher auf Befragungen oder Bewertungsprozessen beruhen. Verglichen mit einigen gut entwickelten klinischen Indikatoren ist die Gültigkeit und Verlässlichkeit mancher Indikatoren noch immer begrenzt, da sich Indikatoren für Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Krankenhäusern größtenteils noch in Entwicklung befinden. Die folgenden Informationsblätter müssen regelmäßig aktualisiert werden, um neue Evidenz und Aussagen zur Gültigkeit der Indikatoren berücksichtigen zu können. Ein umfassender Überblick über klinische und andere auf die Versorgungsqualität bezogene Indikatoren kann im Internet eingesehen werden.³¹

Abschnitt 1: Begründung und Beschreibung

Dieser Abschnitt liefert eine kurze Begründung, warum dieser Indikator angewendet werden sollte. Es ist notwendig, klar aufzuzeigen, was der Indikator messen soll, was er kann und wo seine Grenzen liegen. Es ist auch äußerst hilfreich, wenn die Anwender wissen, warum es wichtig ist, Daten zu diesem Indikator zu sammeln, weil dies ihre Motivation erhöht, den Indikator und die Mühen der Datenerhebung zu akzeptieren und die Datenqualität sicher zu stellen.

Abschnitt 2: Anwendungsdefinition

Ziel dieses Abschnitts ist es, ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln. Anwendungsdefinitionen werden zur Verfügung gestellt, um das einheitliche Erheben von Daten über längere Zeiträume oder über Krankenhäuser und Länder hinweg zu unterstützen. Wenn Indikatoren für Vergleiche genutzt werden sollen, müssen die Anwendungsdefinitionen (und die zugrunde liegenden Daten) weitestgehend standardisiert sein.

30. Some of the indicators chosen are congruent with those selected in the WHO Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH). For those indicators we used the same definition. For further information on the PATH project, please see www.euro.who.int/ihb

31. National quality measures clearinghouse (www.qualitymeasures.ahrq.gov , accessed 08 May2006).

Abschnitt 3: Datenquellen und Stratifikation

Dieser Abschnitt enthält Informationen zur Datenerhebung. Da es nicht Hauptziel dieses Projektes ist, Vergleichsanalysen zwischen Organisationen durchzuführen, dienen klare Definitionen und homogene Vorgangsweisen bei der Datenerhebung vor allem dazu, die Verlässlichkeit und Gültigkeit der Indikatoren für Längsschnittanalysen zu verbessern. Für einige Indikatoren wird angegeben, welche Daten zu erheben sind, wo diese Daten zu finden sind, wer sie erheben sollte und wie die Datenqualität kontrolliert werden kann.

Abschnitt 4: Interpretationshilfen

Der letzte Abschnitt informiert darüber, wie die Ergebnisse der Indikatorenmessung genutzt werden sollen. Ziel dieses Projektes ist es, eine Reflexion der gegenwärtigen Praxis anzuregen und Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung auf Basis der Ergebnisse der Selbstbewertung anzustoßen. Die Indikatoren sollten also weder einfach nur als Aussage über gute oder schlechte Leistung verstanden, noch isoliert voneinander interpretiert werden.

Tabelle 2: Informationsblatt zur Bekanntheit der Management-Grundsätze bei Mitarbeitern

Bereich	Management-Grundsätze
Indikator 1	% der Mitarbeiter kennen die Gesundheitsförderungs-Grundsätze des Hauses
Begründung und Beschreibung	<p>Hauptziel des Standards ist es, dass die Krankenhausleitung auf Mitarbeiter, Patienten und deren Angehörige hin ausgerichtete Grundsätze zur Gesundheitsförderung entwickelt. Zentrale Bestandteile in diesem Prozess sind die Festlegung der Verantwortlichkeiten, Entwicklung von Kompetenzen und Identifikation von Infrastrukturen.</p> <p>Da die Selbstbewertung weniger auf die Messung des unmittelbaren Grads der Einhaltung von Standards und Substandards abzielt, sondern eher ihre nachhaltige Umsetzung erfassen will, könnte man die Bekanntheit der Grundsätze bei den Mitarbeitern als indirekten, aber wesentlich mit der Nachhaltigkeit zusammenhängenden Nachweis interpretieren. Selbst wenn die Mitarbeiter, denen die Leitprinzipien bekannt sind, damit unzufrieden sein sollten, wird dieses Ergebnis doch zumindest die Relevanz demokratischer und transparenter Arbeitsabläufe untermauern.</p>
Zähler	Zahl der Mitarbeiter, die die wesentlichen Inhalte der Grundsätze zur Gesundheitsförderung nennen können.
Nenner	Alle Mitarbeiter
Datenquelle	Bewertungs- oder Befragungsmethoden. In vielen Krankenhäusern werden regelmäßige Umfragen zur Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter durchgeführt. Fragestellungen zur Bekanntheit der Gesundheitsförderungs-Grundsätze des Hauses können hier eingebaut werden. Aber auch eigene Umfragen auf Basis einer Stichprobe können in ausreichender Weise Daten für diesen Indikator liefern.
Stratifikation	Nach Abteilungen, Berufsgruppen
Anmerkungen/ Interpretation	<p>Dieser Indikator wurde noch nicht systematisch validiert. Aber ähnliche Indikatoren zur Bekanntheit der Leitprinzipien der Organisation bei ihren Mitarbeiter liegen vor und haben sich als aussagekräftig erwiesen³², und in den Organisationswissenschaften gibt es umfangreiche Literatur zum Einfluss der Mitarbeiterbeteiligung auf die Effektivität der Organisation³³. Über die Leitprinzipien gut informierte Mitarbeiter weisen auf gute Kommunikation zwischen der Führung und den Mitarbeitern hin. Dies ist in sich ein wichtiges Ergebnis, das potenziell zur Unterstützung von Führungsentscheidungen, zum Aufbau einer gemeinsamen Identität und zum Lernen in der Organisation beiträgt.</p> <p>Andererseits wird die Bekanntheit allein nicht dazu führen, dass Mitarbeiter gesundheitsfördernde Aktivitäten durchführen, insbesondere dann nicht, wenn ihnen dafür keine Ressourcen zur Verfügung stehen. Der Indikator erfasst also, wie die Führung den Mitarbeitern ihre Leitprinzipien kommuniziert, misst jedoch nicht die tatsächliche Umsetzung von Gesundheitsförderung. Nach einem ersten Durchlauf durch den PDCA-Zyklus (vgl. dazu Kapitel 4.4) können spätere Messungen das Wissen der Mitarbeiter bezüglich spezieller Inhalte der Leitprinzipien erheben und ihre Möglichkeiten und Ressourcen zur Umsetzung der Leitprinzipien erfassen.</p>

32. Roberts KH. Managing high reliability organizations. Calif Manage Rev 1990, 32: 101-113.

33. Dierkes M, Antal AB, Child J, Nonaka I. Handbook of organizational learning and knowledge. Open University Press, 2001.

Tabelle 3: Informationsblatt zur Bekanntheit der Gesundheitsförderungs-Standards bei Patienten und Angehörigen

Bereich	Management-Grundsätze
Indikator 2	% der Patienten (und Angehörigen), die die Standards der Gesundheitsförderung kennen
Begründung und Beschreibung	<p>Ähnlich wie die Mitarbeiter müssen auch Patienten über die Gesundheitsförderungsprinzipien informiert sein, um bestmöglich von ihnen profitieren zu können. Patienten, die die Grundsätze kennen, werden eher weitere Informationen über ihren Zustand, zu Lebensstiländerungen oder zu anderen Einrichtungen wie z. B. Selbsthilfegruppen erfragen. Dahinter steht die Annahme, dass gut befähigte („empowered“) Patienten eher nach zusätzlichen Informationen fragen werden, um ihren Zustand, den Versorgungsprozess und allfällige Konsequenzen für die Zeit nach der Entlassung besser zu verstehen.</p> <p>Es gibt ausreichend Evidenz dafür, dass besser befähigte („empowered“) Patienten auch bessere Gesundheitsergebnisse aufweisen³⁴. Gesundheitsinformationen sollten auch für Angehörige zugänglich sein; allerdings ist es schwierig, Daten zum Informationsgrad der Angehörigen zu erheben, weil es keine systematischen Dokumentationen über Angehörige gibt, die ihre Verwandten im Krankenhaus besuchen.</p>
Zähler	Anzahl der Patienten, die über die Gesundheitsförderungsgrundsätze informiert sind.
Nenner	Alle Patienten
Datenquelle	Befragungsmethoden. In vielen Ländern erhalten Patienten nach der Entlassung Fragebögen zur Patientenzufriedenheit, die es ihnen ermöglichen, dem Krankenhaus ihre Erfahrungen mit der Versorgung mitzuteilen. In solche Befragungen können auch Fragen zur Bekanntheit der Gesundheitsförderungsgrundsätze aufgenommen werden. Entlassungsgespräche können ebenfalls zur stichprobenartigen Messung der Bekanntheit der Gesundheitsförderungsgrundsätze bei den Patienten genutzt werden.
Stratifikation	Für das Krankenhaus: Nach Abteilungen. Für die Patienten: Nach Alter, Geschlecht und Bildungsniveau.
Anmerkungen/ Interpretation	Dieser Indikator wurde nicht systematisch validiert. Es gibt jedoch ausreichende wissenschaftliche Evidenz für den Zusammenhang zwischen Befähigung/Empowerment und Gesundheit. Dieser Indikator kann aufzeigen, wie das medizinische Personal mit den Patienten kommuniziert und ob die Mitarbeiter in der Lage sind, die Aktivitäten des Krankenhauses im Bereich Gesundheitsförderung zu vermitteln. Nach einem ersten Durchlauf durch den PDCA-Zyklus (vgl. dazu Kapitel 4.4) kann mit späteren Messungen das Wissen der Patienten zu spezifischen Gesundheitsförderungsmaßnahmen erfasst werden, die sie entweder selbst erleben haben oder für wichtig halten würden. Diese Information kann die Weiterentwicklung gesundheitsfördernder Angebote unterstützen.

34. McKee M. In: The evidence for health promotion effectiveness. Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels, 2000.

Tabelle 4: Informationsblatt zur Höhe des Gesundheitsförderungsbudgets

Bereich	Management-Grundsätze
Indikator 3	<i>% des Budgets, das für gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Mitarbeiter eingesetzt wird</i>
Begründung und Beschreibung	<p>Dieser Indikator bezieht sich auf direkte finanzielle Mittel, die für gesundheitsfördernde Schulungen, Sitzungen und Infrastrukturen zur Verfügung stehen. Es gibt bisher kaum Daten zum Umfang mitarbeiterbezogener Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Krankenhäusern. Eine Umfrage in mehr als 1400 Betrieben in sieben europäischen Ländern zeigt, dass „Aktivitäten, die dem Bereich Gesundheitsförderung zugeordnet werden können (z. B. Maßnahmen zu Ernährung, Alkohol oder Rauchen) eher selten stattfinden“³⁵.</p> <p>Gesundheitsförderungsmaßnahmen können in folgende Bereiche gruppiert werden: 1) Gesundheits-Screenings, 2) Förderung gesunden Verhaltens, 3) betriebliche Maßnahmen, 4) Sicherheit, materielle Umwelt, 5) soziale und Wohlfahrtsmaßnahmen. Beispiele umfassen: betriebliche Nichtraucherprogramme, Beratungen zur Stressbewältigung, Betriebskindergarten, Grippeimpfung, Erfassung von Alkoholabhängigkeit, etc.</p> <p>Die Möglichkeiten, in einem Krankenhaus Budgets für diesen Bereich zu widmen, sind je nach Land sehr unterschiedlich, hängen vom öffentlichen oder privaten Status und dem insgesamt zur Verfügung stehenden Budget ab. Ebenfalls von Einfluss sind nationale Vorgaben und Gesetze zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Ein möglicher negativer Effekt dieses Indikators könnte sich daraus ergeben, dass er Krankenhäuser lediglich hinsichtlich ihres Gesundheitsförderungsbudgets, nicht aber hinsichtlich des Umfangs und der Qualität ihrer Gesundheitsförderungsprogramme bewertet; Krankenhäuser könnten ebenso gut einfach ein Budget festsetzen, ohne vom Nutzen der Investition überzeugt zu sein oder das Budget tatsächlich auszugeben.</p>
Zähler	Budget, das für Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Mitarbeiter gewidmet ist.
Nenner	Durchschnittliche Anzahl der Angestellten des Krankenhauses während der Erhebungsperiode (alternativ: durchschnittliche Anzahl der Vollzeitbeschäftigten).
Datenquelle	Budgetdaten.
Stratifikation	Nach Bereichen der Gesundheitsförderung (siehe Begründung und Beschreibung)
Anmerkungen/ Interpretation	Dieser Indikator wurde nicht systematisch evaluiert. Es gibt keine Evidenz dafür, dass die Festsetzung eines Gesundheitsförderungsbudgets Umfang und Qualität von Gesundheitsmaßnahmen beeinflusst. Aber selbst wenn damit nicht die erwarteten Ergebnisse erzielt werden, kann die Einrichtung eines Gesundheitsförderungsbudgets als Hinweis dafür gewertet werden, dass das Krankenhaus die Gesundheit seiner Mitarbeiter und die Mitarbeiterorientierung generell wichtig nimmt.

35. European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition (EFILWC) Workplace Health Promotion in Europe – Programme summary. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, ed., 1997: 40.

Tabelle 5: Informationsblatt zur allgemeinen Risikoerfassung bei Patienten

Bereich	Patienten-Einschätzung (Assessment)
Indikator 4	<i>% der Patienten, bei denen allgemeine Risikofaktoren erhoben wurden</i>
Begründung und Beschreibung	Dieser Indikator misst, ob allgemeine Risikofaktoren bei Patienten erhoben wurden. Diese Faktoren spielen eine wichtige Rolle in der Entstehung vieler Krankheiten; dennoch werden sie häufig nicht in die medizinische oder pflegerische Dokumentation aufgenommen. Der Zweck dieses Indikators ist es, eine systematische Erfassung von Risikofaktoren bei allen Patienten zu unterstützen und diese Faktoren so zu dokumentieren, dass sie allen mit dem Patienten befassten klinischen Mitarbeitern zur Verfügung stehen.
Zähler	Gesamtanzahl aller Patienten, deren Risikofaktoren (einschließlich Rauchen, Ernährung, Alkohol) erhoben und nachweislich dokumentiert wurden.
Nenner	Anzahl der Patienten (aus einer Zufallsstichprobe).
Datenquelle	Klinische Bewertung der Patientenakten (medizinische und Pflegedokumentation).
Stratifikation	Nach Alter.
Anmerkungen/Interpretation	—

Tabelle 6: Informationsblatt zur spezifischen Risikoerfassung bei Patienten

Bereich	Patienten-Einschätzung (Assessment)
Indikator 5	<i>% der Patienten, bei denen krankheitsspezifische Risikofaktoren (nach Richtlinien) festgestellt wurden</i>
Begründung und Beschreibung	<p>Dieser Indikator misst, ob Risikofaktoren bei PatientInnen anhand spezifischer Richtlinien festgestellt wurden. Viele chronische Erkrankungen und dadurch bedingte Krankenhauseinweisungen können auf einige wenige Risikofaktoren zurückgeführt werden, die wesentlich an der Entstehung der Erkrankungen beteiligt sind, z. B. Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Fehlernährung und unzureichende körperliche Bewegung.</p> <p>Bei chronischen Erkrankungen zielt die Behandlung im Krankenhaus häufig auf die Linderung von Symptomen ab, ohne die ursächlichen Risikofaktoren zu bearbeiten. Obwohl es nicht notwendigerweise zu den Aufgaben eines Krankenhauses gehört, z. B. umfassende Nichtraucherprogramme anzubieten, sollten Krankenhäuser doch zumindest a) Informationen an Patienten weitergeben, wo sie solche Leistungen in Anspruch nehmen können, b) Informationen über festgestellte Risikofaktoren und deren Einfluss auf den Zustand des Patienten an den behandelnden niedergelassenen Arzt weiterleiten.</p>
Zähler	Gesamtanzahl aller Patienten, bei denen nachweislich Risikofaktoren anhand spezifischer Leitlinien erhoben und dokumentiert wurden (einschließlich Rauchen, Ernährung, Alkohol).
Nenner	Anzahl der Patienten (aus einer Zufallsstichprobe).
Datenquelle	Klinische Bewertung von medizinischen und Pflegedokumentationen (Stichprobe).
Stratifikation	Nach Alter.
Anmerkungen/ Interpretation	Im Unterschied zu Indikator Nr. 4 liegt der Fokus hier auf spezifischen Erkrankungen und auf der Verwendung von Leitlinien für die Risikoerfassung. Dies gründet auf der Annahme, dass spezifische Gesundheitsprobleme neben allgemeinen Risikofaktoren mit spezifischen Risikofaktoren wie z. B. Rauchen und Bewegungsmangel zusammenhängen.

Tabelle 7: Informationsblatt zur Patientenzufriedenheit

Bereich	Patienten-Einschätzung (Assessment)
Indikator 6	Bewertung der Patienteneinschätzung durch die Patienten
Begründung und Beschreibung	Fragebögen zur Patientenzufriedenheit sind anerkannte Instrumente zur Erfassung der allgemeinen Behandlungsqualität aus Sicht der Patienten. Die Bewertung erfolgt oft bei der Entlassung oder innerhalb eines kurzen Zeitraumes nach der Entlassung (z. B. innerhalb von zwei Wochen). Diese Fragebögen sind ein nützliches Instrument zur Bewertung der allgemeinen Versorgungsqualität; auch wenn Patienten nicht unbedingt die technische Qualität der Interventionen bewerten können, deretwegen sie eingeliefert wurden, sind sie doch bestens in der Lage, jene Aspekte der Versorgung zu beurteilen, die sie persönlich betreffen, wie z. B. Wahrung der Privatsphäre, Kontinuität der Versorgung, Vertraulichkeit, umfassende Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse einschließlich der emotionalen. Fragebögen zur Patientenzufriedenheit und zur Patientenerfahrung sind zentrale Instrumente zur Bewertung jener Aspekte der Versorgungsqualität, deren Entwicklung ein wesentliches Ziel Gesundheitsfördernder Krankenhäuser ist.
Zähler	Befragungsergebnis (z. B. Patienten, die mit der Versorgung zufrieden sind; hängt vom verwendeten Fragebogen ab. Krankenhäuser können sich je nach gesetztem Ziel für ihren eigenen Zielwert entscheiden).
Nenner	Alle Patienten.
Datenquelle	Befragung.
Stratifikation	Nach Krankenhausabteilungen und Patientenalter, -geschlecht und Bildungsniveau.
Anmerkungen/ Interpretation	Obwohl im Internet zahlreiche Fragebögen in verschiedenen Sprachen vorliegen, verwenden Krankenhäuser häufig selbst entwickelte Fragebögen, die zu verzerrten Ergebnissen hinsichtlich der Patientenzufriedenheit und -erfahrung führen können. Wir empfehlen nachdrücklich, standardisierte Fragebögen zu verwenden, die hinreichend psychometrisch getestet wurden. Beispiele für solche Instrumente sind u. a. die Fragebögen von Picker ³⁶ , ServQual ³⁷ oder Consumer Health Plan Assessment ³⁸ .

36. Jenkinson C, Coulter, A, Bruster S. The Picker patient experience questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys I five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:353:358

37. Buttle F. SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 1996, 30 (1):8-32

38. Hibbard JH, Slovik P, Jewett JJ. Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research. *The Milbank Quarterly*, 1997, 75(3):395-414

Tabelle 8: Informationsblatt zu Selbstmanagement-Schulungen für Patienten

Bereich	Patienteninformation und -intervention
Indikator 7	% der Patienten, die Schulungen zu spezifischen Maßnahmen zum Selbstmanagement ihrer Krankheit erhielten
Begründung und Beschreibung	<p>Patienten mit chronischen Erkrankungen konsumieren einen Großteil der Gesundheitsdienstleistungen. Der Krankenhausaufenthalt stellt für chronisch Kranke allerdings nur ein kleines Glied in der notwendigen Versorgungskette dar. Andere wesentliche Versorgungskomponenten werden außerhalb des Krankenhauses im niedergelassenen Bereich oder vom Patienten und dessen Angehörigen selbst erbracht. Tatsächlich stellt die Befähigung (Empowerment) der Patienten zur Einnahme einer aktiveren Rolle in der eigenen Versorgung einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen dar.</p> <p>Die Information der Patienten über ihren Gesundheitszustand und über Möglichkeiten der Beeinflussung dieses Zustands ist eine wesentliche Voraussetzung für die aktivere Einbeziehung von Patienten in den Versorgungsprozess. Besser informierte Patienten haben nachweislich geringere Komplikations- und Wiederaufnahmeraten. Dies trägt sowohl zur Lebensqualität als auch zur Kostenbegrenzung bei.^{39/40}</p>
Zähler	Patienten, die Maßnahmen zum Selbst-Managements ihres Zustandes nennen können.
Nenner	Alle Patienten (Stichprobe).
Datenquelle	Erhebungen, Befragungen.
Stratifikation	Nach Abteilungen, Alter, Geschlecht.
Anmerkungen/ Interpretation	Für die Erhebung oder Befragung ist festzulegen, welche wichtige Selbst-Managementtechnik der Patient nennen können sollte.

39. Tattersall RL. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. *Clinical Medicine*, 2002, 2(3):227-9

40. Lorig K. et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Medical Care* 1999, 37(1):5-14

Tabelle 9: Informationsblatt zu Patientenschulungen in Bezug auf Risikofaktoren

Bereich	Patienteninformation und -intervention
Indikator 8	<i>% der Patienten, die über Beeinflussungsmöglichkeiten von Risikofaktoren und über Behandlungsoptionen für ihre Krankheit informiert wurden</i>
Begründung und Beschreibung	Siehe Indikator Nr. 7. Der Unterschied liegt im Fokus auf den Risikofaktoren.
Zähler	Patienten, die Maßnahmen zum Selbst-Managements ihres Zustandes nennen können.
Nenner	Patienten mit einer spezifischen Diagnose (z. B. Schlaganfall, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Herzinfarkt, Diabetes mellitus).
Datenquelle	Erhebungen, Befragungen.
Stratifikation	Nach Abteilungen, Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand.
Anmerkungen/ Interpretation	Je nach Krankheitsbild ist für die Erhebung oder Befragung festzulegen, welche Maßnahmen zur Beeinflussung von Risikofaktoren bzw. welche Behandlungsoptionen der Patient nennen können sollte. Dieser Indikator ist dem Indikator Nr. 7 sehr ähnlich; Daten für beide Indikatoren können gleichzeitig erhoben werden, wenn danach eine Stratifizierung nach Gesundheitszustand erfolgt.

Tabelle 10: Informationsblatt zur Bewertung von Patienteninformation und -intervention

Bereich	Patienteninformation und -intervention
Indikator 9	<i>Bewertung von Information und Intervention durch die Patienten</i>
Begründung und Beschreibung	<p>Siehe Indikator Nr. 6: Fragebögen zur Patientenzufriedenheit sind anerkannte Instrumente zur Erfassung der allgemeinen Behandlungsqualität aus Sicht der Patienten.</p> <p>Ergänzend zu Indikator Nr. 6, der die allgemeine Versorgungsqualität bewertet, untersucht dieser Indikator die Erfahrungen mit den Informations- und Interventionsprozessen, z. B.: Falls der Arzt den Patienten informiert hat, geschah dies auf eine verständliche Art und Weise?</p>
Zähler	Befragungsergebnis (z. B. Patienten, die mit der Versorgung zufrieden sind; hängt vom verwendeten Fragebogen ab. Krankenhäuser können sich je nach gesetztem Ziel für ihren eigenen Zielwert entscheiden).
Nenner	Alle Patienten.
Datenquelle	Befragungen.
Stratifikation	Nach Krankenhausabteilung und Patientenalter, -geschlecht und Bildungsniveau.
Anmerkungen/ Interpretation	Obwohl im Internet zahlreiche Fragebögen in verschiedenen Sprachen vorliegen, verwenden Krankenhäuser häufig selbst entwickelte Fragebögen, die zu verzerrten Ergebnissen hinsichtlich der Patientenzufriedenheit und -erfahrung führen können. Wir empfehlen nachdrücklich, standardisierte Fragebögen zu verwenden, die hinreichend psychometrisch getestet wurden. Beispiele für solche Instrumente sind u. a. die Fragebögen von Picker ⁴¹ , ServQual ⁴² oder Consumer Health Plan Assessment ⁴³ .

41. Jenkinson C, Coulter, A, Bruster S. The Picker patient experience questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:353:358

42. Buttle F. SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 1996, 30 (1):8-32

43. Hibbard JH, Slovik P, Jewett JJ. Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research. *The Milbank Quarterly*, 1997, 75(3):395-414

Tabelle 11: Informationsblatt zu rauchenden Mitarbeitern

Bereich	Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes
Indikator 10	% rauchender Mitarbeiter
Begründung und Beschreibung	<p>Gesundheitsfördernde Krankenhäuser sind verpflichtet, sich zu rauchfreien Unternehmen zu entwickeln. Daher zeigt der Anteil der rauchenden Mitarbeiter in gewisser Weise den Erfolg der Implementierung von Gesundheitsförderung im Krankenhaus insgesamt an.</p> <p>Rauchen hat einen unbestritten negativen Effekt auf die Gesundheit. Trotzdem rauchen noch immer viele Mitarbeiter im Gesundheitswesen.^{44/45} Das Rauchverhalten des Personals hat in Bezug auf die Einhaltung gesunder Lebensstile auch eine negative Vorbildwirkung auf die Patienten. Wenn die Einweisung ins Krankenhaus aufgrund eines mit dem Rauchen zusammenhängenden Gesundheitsproblem erfolgte, nehmen die Patienten Informationen zu Lebensstiländerungen im allgemeinen bereitwillig entgegen. Werden solche Informationen jedoch von einem rauchenden Mitarbeiter gegeben, so senkt dies die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Verhaltensänderung bei den Patienten.</p>
Zähler	Zahl der rauchenden Mitarbeiter.
Nenner	Alle Mitarbeiter.
Datenquelle	Befragungen.
Stratifikation	Nach Abteilung, Berufsgruppe, Alter, Geschlecht.
Anmerkungen/ Interpretation	Das Europäische Netz Rauchfreier Krankenhäuser ⁴⁶ hat einen Fragebogen mit 13 standardisierten Fragen entwickelt, um Unterschiede zwischen Krankenhäusern in verschiedenen europäischen Ländern erfassen zu können.

44. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325:188

45. Moller AM, villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial. *Lancet* 2002, 359:114-117

46. Europäisches Netz Rauchfreier Krankenhäuser (<http://ensh.free.fr>, Zugriff am 08. Mai 2006)

Tabelle 12: Informationsblatt zur Raucherentwöhnungsunterstützung für Mitarbeiter

Bereich	Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes
Indikator 11	<i>Raucherentwöhnung: % der Mitarbeiter, die entweder noch rauchen oder kürzlich damit aufhörten und denen davor empfohlen wurde, das Rauchen aufzugeben</i>
Begründung und Beschreibung	<p>Mit dem Rauchen in Zusammenhang stehende Erkrankungen tragen wesentlich zur Mortalität bei. Eine Reduktion des Rauchverhaltens reduziert das Risiko frühzeitigen Ablebens, und viele Raucher wollen sich ihr Laster zur Gänze abgewöhnen. Dieser Indikator misst, ob Rauchern oder Personen, die innerhalb des Erhebungszeitraums mit dem Rauchen aufhörten, im Laufe des Erhebungsjahres an ihrem Arbeitsplatz den Rat bekamen, mit dem Rauchen aufzuhören (es konnte nachgewiesen werden, dass der ärztliche Rat, mit dem Rauchen aufzuhören, die Erfolgsrate um 30 % verbessert⁴⁷).</p> <p>Bei diesem Indikator wird der Prozentsatz von Mitarbeitern über 18 Jahren erhoben, die während des Erhebungsjahres durchgehend im Krankenhaus beschäftigt waren, die in dieser Zeit entweder Raucher waren oder mit dem Rauchen aufhörten, und von einem krankenhauses internen Experten die Empfehlung bekamen, mit dem Rauchen aufzuhören.</p>
Zähler	Anzahl der Personen aus dem Nenner, die angeben, im Erhebungsjahr von einem krankenhauses internen Experten die Empfehlung erhalten zu haben, mit dem Rauchen aufzuhören.
Nenner	Anzahl der Mitarbeiter über 18 Jahren, die in der Befragung angaben, entweder zu rauchen oder kürzlich mit dem Rauchen aufgehört zu haben und die im Erhebungsjahr zumindest einmal mit einem krankenhauses internen Rauchprogramm in Kontakt kamen.
Datenquelle	Verwaltungsunterlagen und Mitarbeiterbefragung.
Stratifikation	Nach Abteilungen, Berufsgruppen, Geschlecht und Alter.
Anmerkungen/ Interpretation	Dieser Indikator wurde aus dem HEDIS-System übernommen ⁴⁸ .

47. National Quality Measures Clearinghouse (<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>, accessed 08 May 2006)

48. Nähere Angaben zu den Indikatoren des National Committee on Quality Assurance (NCQA) finden Sie in: HEDIS Volume 2: technical specifications, erhältlich auf der NCQA-Website unter www.ncqa.org.

Tabelle 13: Informationsblatt zur Bewertung der Arbeitsbedingungen durch die Mitarbeiter

Bereich	Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes
Indikator 12	<i>Durchschnittliche Bewertung der Arbeitsbedingungen durch die Mitarbeiter</i>
Begründung und Beschreibung	Es gibt zahlreiche Messinstrumente zur Bewertung der Arbeitsbedingungen durch die Mitarbeiter. Ergebnisse von Arbeitszufriedenheitsbefragungen (nach psychologischen Anforderungen, Entscheidungsspielräumen und sozialer Unterstützung bei der Arbeit) werden sowohl mit medizinisch belegten als auch mit nicht direkt belegten krankheitsbedingten Absenzen des Pflegepersonal in Verbindung gebracht ⁴⁹ . Dieser Indikator steht in enger Verbindung zu Indikator Nr. 13 (Zufriedenheit korreliert negativ mit Absenzen).
Zähler	Befragungsergebnis (z. B. Mitarbeiter, die mit den Arbeitsbedingungen zufrieden sind; hängt vom verwendeten Befragungsinstrument ab. Krankenhäuser können sich je nach angestrebtem Ziel für ihren eigenen Zielwert entscheiden).
Nenner	Alle Mitarbeiter.
Datenquelle	Befragung.
Stratifikation	Nach Krankenhausabteilungen und nach Alter, Geschlecht, Berufsgruppe und Bildungsniveau der Mitarbeiter.
Anmerkungen/ Interpretationen	Die Entscheidung über die Auswahl eines Fragebogens, z. B. die Karasek Job-Zufriedenheitsumfrage ⁵⁰ , liegt beim Krankenhaus. Möglicherweise liegen aber auch Informationen aus bereits durchgeführten gesundheitsbezogenen Mitarbeiterbefragungen vor. Es sollten jedoch nur Instrumente verwendet werden, deren Gültigkeit und Verlässlichkeit ausreichend psychometrisch getestet wurde.

49. Bourbonnais R, Mondor M. Job strain and sickness absence among nurses in the Province of Quebec. American Journal of Industrial Medicine, 2001, 39:194-202

50. Karasek R, Brisson C, Kawakami N et al. The job content questionnaire: an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. Journal of Occupational Health Psychology, 1998, 3(4):322-5

Tabelle 14: Informationsblatt zu Kurzzeitabsenzen

Bereich		Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes
Indikator 13		% der Kurzzeitabsenzen
Begründung und Beschreibung	<p>Fehlzeiten der Mitarbeiter belasten den Krankenhausalltag in mehrfacher Hinsicht: durch Kompensationskosten für verlorene Arbeitszeit, durch erhöhten Arbeitsaufwand für das verbleibende Personal, durch Produktivitätsentgang und schlechtere Leistungsqualität, wenn hoch qualifiziertes Personal in entscheidenden Leistungsbereichen nicht ersetzt werden kann. Durch ihre Unplanbarkeit sind kurzfristige Fehlzeiten am belastendsten: sie bieten kaum Zeit, Dienstpläne anzupassen, abwesende Mitarbeiter zu ersetzen, etc. Aber Fehlzeiten haben auch einen positiven Nebeneffekt: Kurzzeitige Absenzen können eine effektive Bewältigungsstrategie bei belastenden Arbeitsbedingungen darstellen. Umgekehrt nimmt das „Arbeiten trotz Krankheit“ zu: Die Anzahl der Mitarbeiter, die trotz Krankheit zur Arbeit gehen, steigt in manchen Staaten an, hauptsächlich wegen der Angst vor Kündigung oder aus finanziellen Motiven (Einkommensverlust)⁵¹. In Europa schwankt die Fehlzeitenrate (einschließlich vorübergehender und dauerhafter Arbeitsunfähigkeit) zwischen 3,5% in Dänemark und 8% in Portugal⁵². Es gibt unterschiedliche Interventionen, mit denen Fehlzeiten bei Krankenhausmitarbeitern gesenkt werden können: Unterstützungsangebote für Mitarbeiter, Schulungen und Zielvereinbarungen, Änderungen der Betriebsvereinbarungen, um das Verantwortungsgefühl der Mitarbeiter für ihre Fehlzeiten zu stärken, Änderungen der Dienstpläne in Richtung flexiblerer Arbeitszeitgestaltung, und positive Anreize. Situative Prädiktoren für Absenzen, wie z. B. Gleichgültigkeit der Organisation, schwierige berufliche Rollen, Bezahlung und Merkmale des Arbeitsplatzes, können z. T. vom Krankenhaus beeinflusst werden.⁵³</p>	
Zähler	Anzahl der durch Krankheit oder andere Gründe gerechtfertigten Fehltage aufgrund von Kurzzeitabsenzen (Absenzen mit maximal sieben aufeinander folgenden Tagen) im Verhältnis zu Langzeitabsenzen (30 oder mehr Tage, ausgenommen Urlaube), bei diplomiertem Pflegepersonal und Pflegehelfern.	
Nenner	Gesamtzahl der diplomierten Pflege- und der Hilfspflegekräfte (Vollzeitäquivalente) + Anzahl der jährlichen Arbeitstage einer Vollzeitarbeitskraft (z. B. 250 Tage).	
Datenquelle	Routinedaten der Verwaltung auf Krankenhaus- oder Abteilungsebene oder Daten von Versicherungsunternehmen.	
Stratifikation	Nach Alter, Geschlecht und Qualifikation (diplomiertes Pflegepersonal, Hilfspflegekräfte).	
Anmerkungen/ Interpretationen	<p>Dieser Indikator wird nur für diplomiertes und Hilfspflegepersonal angewendet. Ärztliche Mitarbeiter, Verwaltungspersonal und Angehörige anderer Berufsgruppen sind ausgeschlossen.</p> <p>Karenzurlaube werden nicht als Langzeitabsenzen gewertet (Krankenstände während der Schwangerschaft jedoch sehr wohl).</p>	

51. Arford CW. Failing health systems: Failing health workers in Eastern Europe. Report on the Basic Security Survey for the International Labour Office and Public Services International Affiliate in the Health Sector in Central and Eastern Europe. Geneva, International Labour Office, 2001 (Available on www.ilo.org/ses, accessed 08 May 2006)

52. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1997.

53. Dalton DR, William DT. Turnover, transfer, absenteeism: an independent perspective. *Journal of Management*, 1993, 19(2):193-21

Tabelle 15: Informationsblatt zu Arbeitsunfällen

Bereich	Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes
Indikator 14	% arbeitsbezogener Unfälle und Verletzungen
Begründung und Beschreibung	<p>Die Mitarbeiter am Arbeitsplatz Krankenhaus sind laufend großen Risiken wie z. B. einer Infektion mit HIV oder anderen durch Blutkontakt übertragbaren Erkrankungen (z. B. Hepatitis B und C) ausgesetzt. Das Risiko einer Infektion mit dem Hepatitis C-Virus durch eine Stichverletzung beträgt schätzungsweise 1,8% bis 3,0%. Bei rechtzeitiger antiviraler Behandlung stehen die Chancen der Heilung einer akuten Hepatitis C-Infektion gut. Verletzungen haben aber einen nachhaltigen Effekt auf Ängste⁵⁴ und Belastungsempfinden der Mitarbeiter und führen zu direkten Folgekosten für die medizinische Nachbehandlung nach einem Viruskontakt.</p> <p>Einer Meta-Analyse relevanter Literatur zufolge kommen durchschnittlich 4% der Mitarbeiter, die eine Stichverletzung erleiden, mit durch Blut übertragbaren Erregern in Kontakt. von diesen stellen Chirurgen die größte betroffene Berufsgruppe dar.⁵⁵</p> <p>Nur 35% der Ärzte halten allgemeine Sicherheitsvorkehrungen ein, obwohl die Nichteinhaltung von Vorsichtsmaßnahmen mit einem erhöhten Risiko von Infektionen über Schleimhäute und Hautverletzungen verbunden ist. Es ist allerdings schwierig, Vergleiche der Verletzungen und Infektionen durchzuführen, weil die Definitionen und Erhebungsmethoden unterschiedlich sind. Das US-amerikanische General Accounting Office (GAO) schätzt, dass 75% der Nadelstichverletzungen durch Reduktion unnötigen Einsatzes (25%), durch Verwendung von Sicherheitsnadeln (29%) und durch sicherere Arbeitsroutinen (21%) vermeidbar wären. Verletzungen hängen wesentlich mit Merkmalen der Arbeitssituation zusammen (insbesondere Zeitdruck bei der Arbeit). Nach Laiken et al. (1997) führten sichere Arbeitsmethoden und das Einhalten von Vorsichtsmaßnahmen zu deutlich weniger Verletzungen bei Pflegepersonen.</p>
Zähler	Anzahl der Hautverletzungen pro Jahr (einschließlich Nadelstichverletzungen und Verletzungen durch scharfe Instrumente).
Nenner	Durchschnittliche Zahl der betroffenen Mitarbeiter (Vollzeitäquivalente) in den unterschiedlichen Berufsgruppen (Ärzte, Pflegepersonal, Venenspezialisten).
Datenquelle	Befragung der Mitarbeiter zu selbst angegebenen Verletzungen. Weitere Daten: Versicherungsdaten, Register der Personalverwaltung.
Stratifikation	Nach Berufsgruppen, Arbeitsbereichen (Intensivstation, OP, Notfallaufnahme, Chirurgie, medizinische Abteilungen), Tageszeiten (oder Wochentage im Vergleich zum Wochenende), Arbeitserfahrung.
Anmerkungen/ Interpretation	Für den Indikator können auch alle Arbeitsunfälle aufgenommen und später nach Art der Unfälle stratifiziert werden.

54. Fisman DN, Mittelman MA, Sorock GS, Harris AD. Willingness to pay to avoid sharp-related injuries: a study in injured health care workers. *AJIC: American Journal of Infection Control*, 2002, 30(5):283-287.

55. Trim JC, Elliott TS. A review of sharps injuries and preventive strategies. *Journal of Hospital Infection* 2003, 53(4):237-242.

Tabelle 16: Informationsblatt zu Burnout-Werten

Bereich		Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes
Indikator 15		Burnout-Werte der Mitarbeiter
Begründung und Beschreibung	<p>Burnout ist eine meist arbeitsbedingte körperliche, psychische und emotionale Reaktion auf einen konstant hohen Stresspegel. Burnout führt in der Regel zu körperlicher und psychischer Erschöpfung und kann Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Kraftlosigkeit und des Versagens auslösen. Es entsteht zumeist durch überhöhte Erwartungen, die man sich entweder selbst stellt (zu hohe Erwartungen an sich selbst) oder die von außen herangetragen werden (durch die Familie, den Beruf oder die Gesellschaft). Es ist zumeist mit Arbeitssituationen verbunden, in denen sich eine Person überlastet, unterschätzt oder unsicher in Bezug auf Anforderungen und Prioritäten fühlt, mit Aufgaben betraut ist, die in keiner Relation zum Gehalt stehen, Angst vor Kündigung und/oder ein überhöhtes Pflichtgefühl in bezug auf berufliche und private Anforderungen hat.⁵⁶ Während Stress eine „Krankheit der Schnelligkeit“ ist, stellt Burnout ein „Erschöpfungssyndrom“ dar. Das sind zwei sehr unterschiedliche Konzepte. Burnout ist nicht einfach übermäßiger Stress, sondern eher eine komplexe menschliche Reaktion auf Stress und mit dem Gefühl verbunden, dass die eigenen inneren Ressourcen nicht ausreichen, um mit gegebenen Aufgaben und Situationen fertig zu werden.⁵⁷</p> <p>Burnout wird u. a. verursacht durch: Veränderungen im Betrieb, Anforderungen durch den Beruf, den Vorgesetzten oder den Tätigkeitsbereich, Veränderungen der eigenen Interessen oder Werte in Bezug auf die Arbeit, Unterforderung der eigenen Fähigkeiten, das Gefühl, in einer Situation gefangen zu sein, die wenig Anerkennung oder Lob für gute Arbeit bietet, für mehr Aufgaben zuständig zu sein, als man annähernd bewältigen kann, keine Mitsprachemöglichkeit bei der Regelung des eigenen Zuständigkeitsbereichs und der Arbeitsbedingungen zu haben oder mit Aufgaben betraut zu sein, deren Erfüllung über die eigenen Fähigkeiten hinausgeht. Burnout bei Mitarbeitern kann zu psychosomatischen Erkrankungen (psychische/emotionale Probleme, die sich körperlich manifestieren), zu Verdauungsproblemen, Kopfschmerzen, Bluthochdruck, Herzanfällen, nächtlichem Zähneknirschen und Erschöpfung) führen. Eine Verbesserung der Arbeitsorganisation im Krankenhaus, der Arbeitsbedingungen und der Führungsstile können Burnout bei Mitarbeitern reduzieren.⁵⁸</p>	
Zähler	Wert auf einer Burnout-Skala	
Nenner	Wert auf einer Burnout-Skala	
Datenquelle	Befragung	
Stratifikation	Nach Abteilungen, Geschlecht, Berufsgruppen und Alter.	
Anmerkungen/ Interpretationen	Die Literatur ist sich darüber uneins, ob der Schweregrad der Erkrankung von Patienten positiv mit Burnout oder mangelnder Arbeitszufriedenheit korreliert. Durch den Vergleich unterschiedlicher Abteilungen (z. B. innere Medizin, Onkologie) kann der Erkrankungsgrad der Patienten bis zu einem gewissen Grad kontrolliert werden. Zumindest sollte aber der Einfluss unterschiedlicher Patientengruppen und Arbeitsbedingungen berücksichtigt werden.	

56. Cordes C., Dougherty TW. A review and integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 1993, 18(4):621-656

57. Collins MA. The relation of work stress, hardiness, and burnout among full-time hospital staff nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*. 1996, 12(2):81-90

58. Schulz R, Greenley JR, Brown R. Organization, management, and client effects on staff burnout. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1995, 36(4):333-345

Tabelle 17: Informationsblatt zur fristgerechten Weiterleitung der Arztbriefe

Bereich	Kontinuität und Kooperation
Indikator 16	<i>% der Arztbriefe, die innerhalb von zwei Wochen nach Entlassung an die Hausärzte oder weiterbehandelnde Einrichtungen weitergeleitet bzw. den Patienten bei Entlassung mitgegeben werden</i>
Begründung und Beschreibung	<p>Indikator zur Kontinuität der Versorgung. Chronisch kranke Patienten benötigen kontinuierliche Weiterbehandlung, häufig ist die Kommunikation zwischen den Gesundheits- und Sozialdienstleistern jedoch mangelhaft. Die fragmentierte Versorgungserbringung kann zu Verzögerungen bei der Feststellung von Komplikationen oder zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands aufgrund unregelmäßiger oder unvollständiger Untersuchungen, zu inadäquater Folgebehandlung, zu mangelndem Selbstmanagement der Krankheit oder der Risikofaktoren durch Passivität oder Unwissenheit der Patienten aufgrund inadäquater oder widersprüchlicher Behandlung, Information, Motivation und Rückmeldung, zu verminderter Versorgungsqualität durch Unterlassung effektiver Behandlungen oder Durchführung ineffektiver Behandlungen, und zu unerkannten oder inadäquat behandelten psychosozialen Belastungen führen.</p> <p>Dieser Indikator deckt zwar nicht das gesamte Spektrum der Versorgungskontinuität ab,⁵⁹ aber die Datenerhebung ist mit geringem Aufwand verbunden, und der Indikator greift einen wichtigen Aspekt der Versorgungskontinuität auf: den Informationsfluss zwischen dem sekundären und dem primären Behandlungssektor.</p> <p>Der Indikator muss nach dem Gesundheitszustand der Patienten stratifiziert werden: die Bedeutung der Arztbriefe variiert je nach Aufnahmegrund der Patienten. Weitere Schritte können sich auf jene Bereiche der Arztbriefe beziehen, die im Krankenhaus erhobene Laborwerte enthalten, die für die Weiterbehandlung durch den niedergelassenen Arzt benötigt werden.</p>
Zähler	Arztbriefe, die innerhalb von zwei Wochen nach Entlassung an die Hausärzte versandt bzw. den Patienten bei Entlassung mitgegeben werden.
Nenner	Alle Arztbriefe.
Datenquelle	Überprüfung der Administration oder Befragung.
Stratifikation	Nach Abteilung oder zuständigen Personen.
Anmerkungen/ Interpretationen	Wenn die benötigten Informationen nicht als Routinedaten vorliegen, kann die Datenerhebung für diesen Indikator sehr aufwändig sein. In einigen Ländern dürfen die Entlassungsberichte nicht an die Hausärzte weitergeleitet werden, sondern werden den Patienten bei der Entlassung mitgegeben. Diese Indikator misst nur, ob Entlassungsberichte rechtzeitig weitergegeben werden, aber nicht, ob sie vollständig oder für den Empfänger verständlich sind. Spätere Durchgänge durch den Qualitätsverbesserungszyklus können diese Punkte aufgreifen.

59. For a review of measures of continuity of care see: Groene, O. Approaches towards measuring the integration and continuity in the provision of health care services. In: Kyriopoulis, J., eds. Health Systems in the World: From Evidence to policy, Athens, Papazisis, 2005.

Tabelle 18: Informationsblatt zu Wiederaufnahmeraten

Bereich	Kontinuität und Kooperation
Indikator 17	% von Wiederaufnahmen über die Notaufnahme des selben Krankenhauses aufgrund von Komplikationen innerhalb von 5 Tagen nach der Entlassung
Begründung und Beschreibung	<p>Wiederaufnahmen sind Anzeiger für den Einfluss der Krankenhausbehandlung auf den Zustand des Patienten nach der Entlassung.⁶⁰ Dahinter steht die Annahme, dass bestimmte während des Erstaufenthalts erbrachte oder unterlassene Leistungen eine Wiederaufnahme erforderlich machen können. Die Gründe dafür sind entweder mangelnde Versorgungsqualität während des Krankenhausaufenthaltes, mangelnde Entlassungsvorbereitung oder schlechte Nachsorge. Die folgenden vier Aspekte müssen für eine Wiederaufnahme zutreffen: 1) Bestimmte Diagnosen oder Behandlungsverfahren sind gegeben, 2) die nachfolgende Aufnahme ist eine Notaufnahme, 3) die Wiederaufnahme erfolgt innerhalb eines definierten Zeitraums nach der Entlassung, 4) der ursprüngliche Krankenhausaufenthalt wurde vom Patienten nicht auf eigene Verantwortung gegen ärztlichen Rat (und nicht durch Versterben) beendet.</p> <p>Andere mögliche Ausschlusskriterien sind: Patienten, die bereits anderswo in Dauerbehandlung sind, die Chemotherapie oder eine Strahlenbehandlung erhalten, die in einer Pflegeeinrichtung untergebracht sind oder deren Überweisung in eine solche geplant ist, oder die nur für eine spezifische Behandlungsmaßnahme aufgenommen werden. Asthma und Diabetes sind zwei Krankheiten, die gut ambulant behandelt werden können. Für derartige Krankheitsbilder legen Forschungsergebnisse nahe, dass Aufnahmen – zumindest teilweise – durch bessere Versorgung der Patienten im niedergelassenen Bereiche vermieden werden können. 9% bis 48% aller Wiederaufnahmen könnten durch bessere Vorbereitung der Patienten, bessere Entlassungsdiagnosen und bessere Betreuung zu Hause vermieden werden.⁶¹</p> <p>Krankenhäuser können Wiederaufnahmen nur begrenzt beeinflussen, weil diese häufig eher auf den Krankheitsfortschritt als auf direkte negative Behandlungsauswirkungen zurückzuführen sind. Der Fokus auf kurzfristige Wiederaufnahmen innerhalb eines begrenzten Zeitraums kann helfen, den Einfluss des natürlichen Krankheitsverlaufs und der Nachbehandlung zu kontrollieren.</p>
Zähler	Gesamtzahl der Patienten, die innerhalb eines definierten Zeitraums nach ihrer Entlassung über die Notaufnahme desselben Krankenhauses wiederaufgenommen werden, und deren Wiederaufnahmediagnose in einem Zusammenhang mit der Behandlung der ursprünglichen Erkrankung steht.
Nenner	Gesamtzahl der Aufnahmen von Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild (z. B. Asthma, Diabetes, Lungenentzündung, koronare Bypass-Operationen).
Datenquelle	Routinedaten oder Patientenakten. Versicherungsdaten.
Stratifikation	Nach Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung. Da dieses Projekt nicht auf ein Benchmarking zwischen Krankenhäusern abzielt, sind weitere Stratifikationen zu diesem Zeitpunkt nicht nötig.
Anmerkungen/ Interpretationen	Ausgeschlossen sind Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstarben oder in ein anderes Akutkrankenhaus verlegt wurden.

60. Western GP, Lagoe RJ, Keskimäki I, Leyland A, Murphy M. An International study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. *Health Policy*, 2002, 61:262-278

61. Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care. *Archives of Internal Medicine*, 2000. 160:1074-1081.

Tabelle 19: Informationsblatt zur Entlassungsvorbereitung

Bereich	Kontinuität und Kooperation
Indikator 18	<i>Bewertung der Entlassungsvorbereitung durch die Patienten</i>
Begründung und Beschreibung	<p>Die Entlassungsvorbereitung ist besonders für Patienten wichtig, die an chronischen Erkrankungen leiden und weiterführende Betreuung brauchen. Patienten müssen in der Lage sein, ihre Krankheit zu verstehen, Risikofaktoren zu kennen und mögliche Hinweise auf eine Remission zu erkennen, müssen Behandlungsalternativen, Medikation und Nachsorgeabläufe verstehen. Vielen Patienten sind diese Aspekte aber nicht bewusst, wodurch die Langzeitqualität der Behandlung beeinträchtigt wird. Die Folge sind mögliche Komplikationen, Wiederaufnahmen und eine eingeschränkte Lebensqualität.</p> <p>Dieser Indikator ist ein Messinstrument für die Qualität der Entlassungsvorbereitung der Patienten eines Krankenhauses. Es gibt zahlreiche Messinstrumente, die eigens für diesen Zweck entwickelt wurden, und einige Fragebögen zur Patientenzufriedenheit und Patientenerfahrungen enthalten ebenfalls Fragen zur Entlassungsvorbereitung. Es wird empfohlen, wo immer dies möglich ist, existierende Messinstrumente einzusetzen oder, wenn diese nicht verfügbar sind, zumindest standardisierte und validierte Instrumente zu verwenden.</p> <p>Wenn bestehende Instrumente adaptiert werden, sollten beispielsweise folgende Fragen eingefügt werden: „Können Sie den Grund für Ihre Krankenhausaufnahme benennen?“, „Können Sie Symptome Ihrer Erkrankung beschreiben?“, „Sind Sie sicher, dass Sie die Anweisungen zur Medikamenteneinnahme richtig verstanden haben?“, „Wissen Sie, wen Sie kontaktieren müssen, wenn sich Ihr Gesamtzustand verschlechtert?“</p>
Zähler	Hierfür muss ein Wert auf der Basis von Befragungsdaten ermittelt werden.
Nenner	Hierfür muss ein Wert auf der Basis von Befragungsdaten ermittelt werden.
Datenquelle	Befragung
Stratifikation	Nach Abteilungen und Patientenmerkmalen (Geschlecht, Alter, Erkrankung)
Anmerkungen/ Interpretationen	Die Auswertung nach Abteilung und Patientenmerkmalen ist wichtig, weil die wahrgenommene Qualität der Entlassungsvorbereitung von zahlreichen Einflussfaktoren abhängt.

Glossar

7. Glossar

Dieses Glossar erläutert, untergliedert in folgende Themenbereiche, die wichtigsten Begriffe aus dem Handbuch:

- Grundkonzepte
- Qualitätsdimensionen
- Beteiligte/Stakeholder
- Bewertungsverfahren/Datenerhebung
- Messwerte und Messbegriffe
- Interpretation von Ergebnissen
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen
- Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung

Die Begriffe wurden aus bestehenden Glossaren z. B. der International Society for Quality in Health Care (ISQuA)⁶², der Joint Commission International⁶³ und des European Observatory on Health Systems and Policies⁶⁴ übernommen.

Grundkonzepte

Bedürfnis

Körperliche, psycho-emotionale, soziale oder spirituelle Voraussetzung für Wohlbefinden. Bedürfnisse können, müssen aber nicht unbedingt von den Bedürftigen formuliert werden. Bedürfnisse sind von Forderungen zu unterscheiden, die zwar ausdrückliche Wünsche, aber nicht notwendigerweise Bedürfnisse darstellen.

Ethik

Normvorgabe für moralisch einwandfreies Verhalten.

Gesundheit

Die WHO-Satzung von 1948 definiert Gesundheit als: Ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen⁶⁵. In der Gesundheitsförderung wird Gesundheit weniger als ein abstrakter Zustand verstanden, sondern eher als Mittel zum Zweck, oder in anderen Worten als eine Ressource, die es den Menschen ermöglicht, individuell, sozial und ökonomisch produktiv zu leben. Gesundheit ist eine Ressource für das tägliche Leben, nicht das Lebensziel. Gesundheit ist ein positives Konzept, in dem soziale und persönliche Ressourcen ebenso von Bedeutung sind wie körperliche Fähigkeiten.

Gesundheitsentwicklung

Kontinuierlicher, fortschreitender Prozess der Verbesserung des Gesundheitszustands von Einzelnen oder Gruppen.

Quelle: Begriffsinformationssystem, WHO Genf, 1997

Die Jakarta-Deklaration beschreibt Gesundheitsförderung als wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsentwicklung.

Kultur

Ein geteiltes System von Werten, Überzeugungen und Verhaltensweisen.

62 International Society for Quality in Health Care: <http://www.isqua.org/isquaPages/Links.html> (Zugriff am 8. Mai 2006).

63 Joint Commission International: <http://www.jointcommission.org/> (Zugriff am 8. Mai 2006).

64 European Observatory on Health Systems and Policies: <http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage> (Zugriff am 8. Mai 2006).

65 http://www.euro.who.int/AboutWHO/20021122_3?language=German (Zugriff am 17.08.2006)

Leitbild/Mission

Klar umrissene schriftliche Begründung für das Bestehen und Beschreibung der Tätigkeiten einer Organisation. Durch ihr Leitbild / ihre Mission grenzen sich Organisationen voneinander ab.

Philosophie

Prinzipien und Überzeugungen, an denen sich Management und Leistungserbringung einer Organisation orientieren.

Rechte

Können aufgrund einer legalen oder moralischen Basis oder aus Gründen der Gerechtigkeit und Fairness eingefordert werden. Formale Beschreibung der Dienstleistungen, die Kunden von einer Organisation erwarten und verlangen können.

Risiko

Wahrscheinlichkeit oder Möglichkeit von Gefahr, Verlust oder Verletzung. Kann sich auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Mitarbeitern oder der Öffentlichkeit, auf Besitz, Ruf, Umwelt, Funktionsfähigkeit der Organisation, finanzielle Stabilität, Marktanteile und andere Werte beziehen.

Verantwortlichkeit

Verantwortung und Zuständigkeit für Aufgaben oder Tätigkeiten. Kann nicht delegiert werden und sollte offen kommuniziert werden.

Vision

Beschreibt, wie eine Organisation sein möchte.

Werte

Verhaltensanleitende Prinzipien, Überzeugungen oder Philosophien, die sich auf soziale oder ethische Fragen beziehen.

Qualitätsdimensionen

Angemessenheit

Übereinstimmung einer Dienstleistung mit den vom Kunden geäußerten Erwartungen sowie mit bester professioneller Praxis.

Effektivität

Übereinstimmung von Dienstleistungen, Interventionen, oder Handlungen zur Erreichung von Zielen und optimalen Ergebnissen mit gängiger bester Praxis.

Effizienz

Erreichung von Ergebnissen mit minimaler Anstrengung, Nacharbeit und Ressourcenverschwendung.

Kontinuität

Das dauerhafte Anbieten koordinierter Dienstleistungen innerhalb und über Programm- und Organisationsgrenzen hinweg.

Kulturelle Angemessenheit

Planung und Erbringung von Dienstleistungen in Übereinstimmung mit den kulturellen Werten der Klienten, die diese Leistungen in Anspruch nehmen.

Qualität

Das Exzellenzniveau, das Ausmaß, in dem eine Organisation die Erwartungen ihrer Klienten erfüllt bzw. übertrifft.

Sicherheit

Vermeidung oder Minimierung potenzieller Risiken und unerwünschter Wirkungen.

Zugang

Die Möglichkeit für Klienten oder potenzielle Klienten, im Bedarfsfall benötigte oder verfügbare Dienstleistungen innerhalb einer angemessenen Zeitspanne in Anspruch zu nehmen.

Beteiligte/Stakeholder

Akkreditierungs-/Zertifizierungseinrichtung

Organisation, die für ein Akkreditierungs- bzw. Zertifizierungsprogramm und die Vergabe von Zertifikaten zuständig ist.

Beteiligte/Stakeholder

Einzelne, Organisationen oder Gruppen, die Interesse an einer Dienstleistung haben.

Gemeinschaft (I)

Gesamtheit der Personen, Familien, Gruppen und Organisationen, die – üblicherweise innerhalb einer begrenzten geografischen Umgebung – miteinander interagieren, in Austauschbeziehungen stehen, sich um gemeinsame Anliegen kümmern.

Gemeinschaft (II)

Eine bestimmte Gruppe von Personen, meist innerhalb einer begrenzten geografischen Umgebung, die eine gemeinsame Kultur, Werte und Normen teilen und die, entsprechend den Beziehungen, die die Gemeinschaft im Lauf der Zeit entwickelt hat, in einer bestimmten sozialen Struktur organisiert sind. Die Mitglieder der Gemeinschaft beziehen ihre persönliche und soziale Identität aus in der Vergangenheit entwickelten gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Normen, die sich jedoch in der Zukunft verändern können. Die Mitglieder zeigen, dass sie sich ihrer Gruppenidentität bewusst sind, teilen gemeinsame Bedürfnisse und bemühen sich, diese zu erfüllen.

Gesundheitsdienstleister

Angehörige der medizinischen, pflegerischen, medizintechnischen und therapeutischen Berufe, die klinische Behandlung, Pflege und Therapie für Klienten erbringen, bestimmten professionellen Gruppen angehören und, wenn erforderlich, von einer verantwortlichen Behörde zur Ausübung ihrer Tätigkeit autorisiert sind.

Kunden

Die Patienten / Klienten einer Dienstleistungsorganisation. Interne Kunden / Mitarbeiter der Organisation.

Mitarbeiter

Angestellte der Organisation.

Organisation

Umfasst alle Standorte, die einem Steuerungs- oder Leitungsgremium / einem Eigentümer unterstehen und diesem verantwortlich sind.

Partner

Organisationen, mit denen die Organisation in der Erbringung zusätzlicher ergänzender Leistungen kooperiert.

Partnerschaften

Formale oder informelle Arbeitsbeziehungen zwischen Organisationen zum Zweck der gemeinsamen oder geteilten Entwicklung und Erbringung von Leistungen.

Steuerung/Leitung

Festlegen der Richtung einer Organisation, Bestimmen von Zielen und Entwickeln von Grundsätzen, an denen sich die Organisation zur Erreichung ihrer Ziele orientiert. Permanentes Überprüfen der Zielerreichung und der Implementierung der Grundsätze.

Steuerungs-/Leitungsgremium

Einzelne, Gruppen oder Einrichtungen mit Letztverantwortung und Autorität in Bezug auf die allgemeine strategische Ausrichtung und den Modus Operandi der Organisation. Wird auch Direktorium, Aufsichtsrat, Lenkungsausschuss etc. genannt.

Bewertungsverfahren/Datenerhebung

Akkreditierung

Selbstbewertung und externe Peer-Bewertung, der sich Gesundheitseinrichtungen unterziehen, um ihr Leistungsniveau im Verhältnis zu definierten Standards korrekt ermitteln und Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung implementieren zu können.

Begutachter/Surveyor

Externer Begutachter bzw. Assessor der Leistung einer Organisation vor dem Hintergrund definierter Standards.

Begutachtung/Survey

Externe Bewertung der Organisationsleistung durch gleichrangige Personen anhand definierter Standards.

Beschwerde

Mündliche oder schriftliche Benennung eines Problems, eines Konflikts oder der Unzufriedenheit mit einer Leistung.

Bewertung durch Gleichrangige / Peer Assessment

Evaluation der Leistung von Einzelnen, Gruppen oder einer Organisation durch Mitglieder dieser Organisation; oder Evaluation durch Angehörige der gleichen Profession oder Disziplin bzw. des gleichen Status wie die Leistungserbringer.

Daten

Unaufbereitete Fakten, aus denen Informationen gewonnen werden können.

Dokumentenkontrollsystem

Ein zur Kontrolle der Freigabe, Veränderung und Verwendung wichtiger Dokumente einer Organisation entwickeltes System, insbesondere für Grundsätze und Verfahrensanleitungen. In einem Dokumentenkontrollsystem braucht jedes Dokument eine spezifische Kennung, um die verschiedenen Auflagen, Versionen und Approbierungen des Dokuments nachvollziehen zu können. Kopien aller Dokumente sind jederzeit auffindbar und erhältlich.

Einschätzung/Assessment

Evaluation oder Ermittlung der Merkmale und Bedürfnisse von Klienten, Gruppen oder Situationen als Voraussetzung für die Berücksichtigung dieser Merkmale / Bedürfnisse. Die Einschätzung / das Assessment ist Grundlage für die Planung spezifischer Maßnahmen oder Dienstleistungen.

Einverständnis/Consent

Freiwillige Zustimmung oder Genehmigung durch einen Klienten.

Ergebnisse/Outcome

Konsequenzen einer Dienstleistung.

Evaluation

Einschätzung des Ausmaßes der Erreichung von Zielen und erwarteten Ergebnissen (Outcome) bei Klienten, einzelnen Personen, Dienstleistungen, Programmen oder Organisationen.

Evidenz

Daten und Informationen, auf deren Basis Entscheidungen getroffen werden. Evidenz kann aus Forschung, Daten zu spezifischen Indikatoren, aus Evaluation und aus Erfahrung gewonnen werden. Evidenz wird systematisch eingesetzt, um mögliche Handlungsoptionen zu bewerten und Entscheidungen zu treffen.

Forschung

Beitrag zur Weiterentwicklung einer bestehenden Wissensbasis auf Grundlage von Untersuchungen. Zielt auf die Entdeckung und Interpretation von Tatsachen ab.

Gesundheitsergebnisse

Veränderung im Gesundheitszustand einer Person, Gruppe oder Population, die auf eine spezifische Intervention oder eine Reihe von Interventionen zurückgeführt werden kann, unabhängig davon, ob eine Veränderung des Gesundheitszustands Ziel der Intervention war oder nicht.

Information

Aufbereitete, interpretierte und verwendete Daten. Kann schriftlich, als Ton- oder Bildaufzeichnung vorliegen.

Informationssysteme

Systeme zur Planung, Organisation, Analyse und Kontrolle von Daten zur Informationsgewinnung. Umfasst sowohl Computer- als auch manuelle Systeme.

Kompetenz

Garantie der Angemessenheit von Wissen und Fähigkeiten einer Person für die von ihr erbrachten Leistungen und Sicherstellung der regelmäßigen Überprüfung des Kompetenzniveaus.

Komplementär

Zueinander passende oder einander im Sinne eines umfassenderen Angebotes ergänzende Dienstleistungen.

Leistung/Performance

Kontinuierlicher Prozess der Leistungsüberprüfung, der Formulierung von Leistungszielen und der Überprüfung des Fortschritts bei einzelnen Mitarbeitern durch einen Vorgesetzten und den Mitarbeiter.

Lizenzierung

Gesetzlich geregelter Prozess der Zulassung von Einzelnen oder von Gesundheitseinrichtungen zur Ausübung bestimmter Leistungen oder Berufe.

Personalakte

Gebündelte Information zu einzelnen Mitarbeitern, die z. B. Daten über Absenzen, Empfehlungen, Dienstzeugnisse, Qualifikation, Zulassung und Anstellungsvereinbarungen enthält.

Prüfung/Audit

Unabhängige systematische Untersuchung und Begutachtung zur Ermittlung der Übereinstimmung von durchgeführten Maßnahmen und erreichten Ergebnissen mit geplanten Vorhaben.

Qualitativ

Beschreibende Darstellung von Informationen. Eine Methode zur Untersuchung der Erfahrungen der Klienten mit Hilfe von Interviews und Beobachtungen.

Qualitätsbewertung

Geplante und systematische Sammlung und Analyse von Daten zu einer Dienstleistung, üblicherweise mit einem Fokus auf die Inhalte der Leistungen, auf Besonderheiten und Ergebnisse der Leistungserbringung.

Quantitativ

Darstellung von Informationen in Form von Zahlen und Statistiken. Eine Methode zur Untersuchung von Phänomenen anhand von Maßzahlen.

Reliabilität/Verlässlichkeit

Verlässliche Ermittlung von Ergebnissen mit einem bestimmten Messverfahren. Der Nachweis der Reliabilität erfolgt, wenn bei mehrfacher Messung desselben Sachverhalts durch unterschiedliche Personen, oder bei wiederholten Messungen durch dieselbe Person zu unterschiedlichen Zeitpunkten, jeweils die gleichen Ergebnisse erzielt werden.

Validität/Gültigkeit

Ausmaß, in dem eine Messung tatsächlich das misst, was sie zu messen beabsichtigt.

Vertraulichkeit

Garantie über die begrenzte Verwendung von Informationen, die von Personen oder Organisationen zur Verfügung gestellt werden.

Messwerte und Messbegriffe

Dienstleistungen

Produkte einer Organisation für ihre Kunden bzw. für Subeinheiten der Organisation, die die Produkte an Kunden weitergeben.

Grundsätze/Policies

Schriftliche Aussagen mit anleitendem Charakter, die die Einstellung und die Werte einer Organisation zu einem bestimmten Thema widerspiegeln.

Indikator

Instrument zur Messung oder Kennzeichnung von Leistungen, das zur kontinuierlichen Beobachtung, Evaluation und Verbesserung der Dienstleistungen genutzt wird. Indikatoren beziehen sich auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse.

Kriterien

Schritte, die unternommen und Maßnahmen, die gesetzt werden müssen, um eine Entscheidung zu treffen oder einen Standard zu erreichen.

(Leistungs-)Umfang

Bereich und Typ von Dienstleistungen, die von einer Organisation angeboten werden, sowie allfällige Umstände, die die Leistungserbringung limitieren.

Messbare Elemente

Jene Aspekte eines Standards und seines Grundkonzeptes, die im Rahmen eines Akkreditierungsverfahrens untersucht und bewertet werden. Die messbaren Elemente listen alles auf, was erforderlich ist, um einen Standard voll und ganz zu erfüllen. Jedes dieser Elemente ist im Standard bzw. in seinem Grundkonzept schon angelegt. Die Auflistung der messbaren Elemente soll zu einem besseren Verständnis der Standards führen und Organisationen darin unterstützen, ihre Mitarbeiter in der Anwendung der Standards zu schulen und sie auf die Akkreditierung vorzubereiten (JCI International Standards, 2003).

Standard

Beschreibung des erwünschten und angezielten Leistungsniveaus, mit dem die tatsächliche Leistung verglichen wird.

Verfahren

Schriftliche Darstellung von Maßnahmen, die mit den anerkannten und empfohlenen Handlungen für einen bestimmten Tätigkeitsbereich übereinstimmen.

Interpretation von Ergebnissen

Benchmarking

Vergleich der Evaluationsergebnisse einer Organisation mit den Ergebnissen anderer Interventionen, Programme oder Organisationen; Untersuchung von Prozessen im Vergleich zu als exzellent bewerteten Prozessen mit dem Ziel, die eigenen Prozesse zu verbessern.

Beste Praxis

Systematische Identifikation hervorragender Ergebnisse und Maßnahmen, die nachgewiesen erfolgreich sind und als beispielhaft bewertet werden können. Beste Praxis muss für die Anwendung in anderen Organisation adaptiert werden können.

Gesundheitsförderung

Befähigung

In der Gesundheitsförderung versteht man unter Befähigung das Empowerment von Personen oder Gruppen, gemeinsam zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit zu handeln und dafür persönliche und materielle Ressourcen zu mobilisieren.

Empowerment für Gesundheit

In der Gesundheitsförderung versteht man unter Empowerment einen Prozess, durch den Menschen mehr Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen gewinnen, die ihre Gesundheit beeinflussen. Empowerment kann ein sozialer, kultureller, psychischer oder politischer Prozess sein, durch den Personen und Gruppen ihre Bedürfnisse und Sorgen ausdrücken, Strategien für die Einbeziehung in Entscheidungen entwickeln und politische, soziale und kulturelle Handlungen zur Erreichung ihrer Ziele anstoßen können.

Erziehung

Systematische Anleitungen und Lernangebote zur Entwicklung oder Veränderung von Wissen, Einstellungen, Werten und Fähigkeiten.

Fähigkeiten und Fertigkeiten / Life skills

Fähigkeit zu adaptivem und positivem Verhalten, das es Personen ermöglicht, effektiv mit den Anforderungen und Herausforderungen des täglichen Lebens umzugehen.

Gesundheitserziehung

Gesundheitserziehung umfasst auf Kommunikation beruhende Lernangebote, die eigens dafür entwickelt wurden, Gesundheitskompetenzen (health literacy), einschließlich der Verbesserung von Gesundheitswissen und der Entwicklung gesundheitsrelevanter Fähigkeiten und Fertigkeiten (life skills) zu verbessern. Bei Gesundheitserziehung geht es nicht nur um die Vermittlung von gesundheitsrelevanter Information, sondern auch um den Aufbau von Motivation, Fähigkeiten und Zutrauen (Selbstwirksamkeit), die erforderlich sind, um Handlungen zur Verbesserung der Gesundheit zu setzen. Gesundheitserziehung umfasst die Vermittlung von Informationen zu sozialen, ökonomischen und ökologischen Gesundheitsdeterminanten ebenso wie Informationen zu persönlichen Risikofaktoren und persönlichem Risikoverhalten und zur Nutzung des Gesundheitssystems. Gesundheitserziehung beinhaltet also die Weitergabe und Vermittlung von Fähigkeiten und Informationen zur politischen Machbarkeit und technischen Durchführbarkeit unterschiedlicher Maßnahmen zur Beeinflussung von sozialen, ökonomischen und ökologischen Gesundheitsdeterminanten.

Gesundheitsfördernde Krankenhäuser

Ein Gesundheitsförderndes Krankenhaus erbringt nicht nur qualitativ hochwertige und umfassende medizinische und pflegerische Leistungen, sondern setzt sich Grundsätze und Leitwerte, die die Ziele der Gesundheitsförderung mit einschließen, hat eine gesundheitsfördernde Organisationsstruktur und -kultur mit aktiven, partizipativen Rollen für Patienten und Mitarbeiter, entwickelt sich zu einer gesundheitsfördernden materiellen Umwelt und kooperiert aktiv mit seiner Region. Quelle: Basiert auf der Budapester Erklärung für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser. WHO, Regionalbüro für Europa, Kopenhagen 1991.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Quelle: Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, WHO, Genf 1986. WHO-authorisierte Übersetzung: Hildebrandt / Kickbusch. Gesundheitsförderung ist ein umfassender sozialer und politischer Prozess, sie umfasst nicht nur Maßnahmen zur Stärkung von persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen, sondern auch Maßnahmen zur Veränderung von sozialen, ökologischen und ökonomischen Bedingungen, um den Einfluss dieser Bedingungen auf die öffentliche und persönliche Gesundheit zu verbessern. Gesundheitsförderung ist der Prozess, Personen zu befähigen, die Kontrolle über die Determinanten ihrer Gesundheit und dadurch die Gesundheit selbst zu verbessern. Partizipation ist ein wesentliches Element nachhaltiger Gesundheitsförderung.

Gesundheitskommunikation

Gesundheitskommunikation ist eine zentrale Strategie zur Information und Bewusstseinsentwicklung der breiten Öffentlichkeit in Bezug auf relevante Gesundheitsfragen und spezifische Aspekte der persönlichen und kollektiven Gesundheit. Sie erfolgt unter Nutzung von Massenmedien, neuen Medien und technologischen Innovationen und soll auch das Bewusstsein für die Notwendigkeit stärken, Gesundheit in der allgemeinen Entwicklungen und Entscheidungen zu berücksichtigen. Quelle: nach Communication, Education and Participation: A Framework and Guide to Action. WHO (AMRO/PAHO), Washington 1986.

Gesundheitskompetenzen (health literacy)

Gesundheitskompetenzen sind die kognitiven und sozialen Fähigkeiten, von denen die Möglichkeiten und Motivationen einer Person abhängen, sich Zugang zu Informationen zu verschaffen, diese zu verstehen und im Sinne der Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit zu nutzen.

Gesundheitskompetenzen umfassen die Entwicklung eines Wissensstandes, persönlicher Fähigkeiten und des Zutrauens, durch Veränderung von Lebensstilen und Lebensbedingungen die eigene Gesundheit und die Gesundheit in der Region verbessern zu können. Gesundheitskompetenz umfasst also mehr als die Fähigkeit zum Lesen von Informationsbroschüren und zur Vereinbarung von Arztterminen. Durch die Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsinformationen und der persönlichen Fähigkeiten, diese Informationen effektiv zu nutzen, trägt die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen entscheidend zum Empowerment von Personen bei. Gesundheitskompetenzen selbst hängen wiederum von allgemeineren Kompetenzen der Menschen ab. Ein niedriges allgemeines Kompetenzniveau kann die Gesundheit von Menschen direkt beeinflussen, weil es ihre persönlichen, sozialen und kulturellen Entwicklungschancen ebenso behindert wie die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen.

Gesundheitsverhalten

Jede Form von Aktivität, die ein Mensch zum Zweck der Förderung, des Schutzes oder der Erhaltung seiner Gesundheit unternimmt, unabhängig vom tatsächlichen oder angenommenen Gesundheitszustand und von der letztendlichen Effektivität dieses Verhaltens.

Intersektorale Kooperation

Eine anerkannte Beziehung innerhalb unterschiedlicher Teile eines Sektors der Gesellschaft oder auch sektorenübergreifend, die eingegangen wird, um Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheitsergebnissen effektiver, effizienter oder nachhaltiger umsetzen zu können, als dies der Gesundheitssektor allein könnte.

Krankheitsprävention

Krankheitsprävention umfasst nicht nur Maßnahmen zur Vermeidung des Auftretens von Erkrankungen, wie z. B. die Reduktion von Risikofaktoren, sondern auch zur Verlangsamung des Krankheitsfortschritts und zur Einschränkung der Folgen bereits manifester Erkrankungen. Quelle: nach dem Glossar der Serie „Health for All“ der WHO, Genf 1984.

Primärprävention zielt grundsätzlich auf die Vermeidung des Auftretens von Erkrankungen ab. Sekundär- und Tertiärprävention versuchen den Krankheitsverlauf bereits bestehender Erkrankungen durch Früherkennung und entsprechende Behandlung aufzuhalten oder zu bremsen; ein weiteres Ziel ist die Reduktion oder Vermeidung von Rückfällen und Chronifizierungen zum Beispiel durch effektive Rehabilitation. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung werden manchmal als austauschbare Begriffe mit demselben Inhalt verwendet. Aber auch, wenn es zwischen den zugehörigen Zielen und Strategien Überschneidungen gibt, ist Krankheitsprävention eigens zu definieren. Krankheitsprävention in diesem Kontext wird üblicherweise als Strategie des Gesundheitssektors verstanden und befasst sich mit Personen oder Populationen mit spezifischen identifizierbaren Risikofaktoren wie z. B. Risikoverhalten.

Lebensstile (gesundheitsfördernde Lebensstile)

Ein Lebensstil ist eine auf spezifischen erkennbaren Verhaltensmustern basierende Lebensweise. Diese werden vom Zusammenspiel zwischen persönlichen Eigenschaften, sozialen Interaktionen, sozioökonomischen und ökologischen Lebensbedingungen bestimmt.

Reorientierung der Gesundheitsdienste

Die Reorientierung der Gesundheitsdienste zielt explizit auf eine Verbesserung der öffentlichen Gesundheit ab und versucht dies durch Steuerung der Finanzierung und Organisation der Leistungserbringung zu erreichen. Angezielt wird eine Veränderung von Zielsetzungen und Organisationsformen der Gesundheitsdienste, sodass die Bedürfnisse einzelner Menschen umfassend berücksichtigt und mit den Bedürfnissen von Bevölkerungsgruppen optimiert werden können.

Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung

Follow-Up

Prozesse und Maßnahmen, die gesetzt werden, nachdem eine Leistung erbracht wurde.

Führung/Leadership

Fähigkeit, eine Richtung vorzugeben und mit Veränderungen umzugehen. Beinhaltet die Entwicklung einer Vision, einer Strategie zur Herbeiführung der für die Vision nötigen Veränderungen, die Steuerung von Personen und die Motivation und Unterstützung von Personen, Hindernisse zu überwinden.

Geschäftsplan

Strategien, einschließlich Prozessen, Maßnahmen und Ressourcen, zur Erreichung der allgemeinen und spezifischen Ziele der Organisation.

Kapazitäten

Fähigkeiten, Ressourcen, Vorteile und Stärken Einzelner oder Gruppen, mit Situationen adäquat umzugehen.

Koordination

Prozess der effektiven Zusammenarbeit in Kooperation zwischen Leistungserbringern und Partnern innerhalb und außerhalb der Organisation mit dem Ziel, Verdopplungen, Lücken oder Brüche zu vermeiden.

Leitlinien/Guidelines

Handlungsanleitende oder steuernde Prinzipien.

Management

Definition von allgemeinen und spezifischen Zielen und entsprechenden Maßnahmen- und Budgetplänen, Ermöglichen von Prozessen zur Zielerreichung und Aufbringen der Ressourcen zur Umsetzung der Pläne. Sicherstellung der Umsetzung der Pläne durch Organisation, entsprechende Personalbesetzung, Controlling und Problemlösung.

Qualitätsmaßnahmen

Messung und Identifizierung von Verbesserungsmöglichkeiten erbrachter Leistungen, einschließlich der Durchführung von Schritten zur Verbesserung.

Qualitätskontrolle

Regelmäßige Ergebnisbeobachtung zur Überprüfung der Übereinstimmung der Ergebnisse mit spezifischen Vorschriften oder Erfordernissen, und Maßnahmen zur Korrektur der Ergebnisse. Garantiert Sicherheit, sorgfältige Informationsweitergabe und Leistungserbringung sowie Übertragbarkeit.

Qualitätsplan

Vorliegender Aktionsplan zur Sicherstellung der Qualität der erbrachten Leistungen.

Qualitätsprojekt

Eine zeitlich begrenzte Maßnahme zur Qualitätsverbesserung einer spezifischen Dienstleistung oder eines bestimmten Bereichs.

Qualitätsverbesserung

Laufende Verbesserung der Leistungserbringung für die Klienten auf Basis von Daten zur Qualitätsbewertung der erbrachten Leistungen.

Risikomanagement

Systematischer Prozess der Identifikation, Einschätzung und Maßnahmenumsetzung zur Prävention oder zum Management von klinisch, administrativ, infrastruktur- oder arbeitsbedingten Gesundheits- und Sicherheitsrisiken in der Organisation.

Strategieplan

Formalisierter Plan, in dem die grundlegenden Ziele der Organisation festgelegt sind und der die Positionierung der Organisation in ihrer Umwelt definiert.

Subziele/Objectives

Müssen erreicht werden, damit die Organisation ihre übergeordneten Ziele erreichen kann. Subziele sind auf spezifische und konkrete Vorgaben heruntergebrochene übergeordnete Ziele, deren Erreichung gemessen werden kann.

Übergeordnete Ziele / Goals

Umfassende Beschreibungen der Ergebnisse, die eine Organisation erreichen will, und die Orientierung für den Arbeitsalltag in der Organisation bieten. Die Ziele unterstützen das Leitbild (die Mission) der Organisation.

Vertrag

Formale Übereinkunft, in der die Bedingungen für Leistungen geregelt sind, die von anderen Organisationen zugekauft oder für diese erbracht werden. Der Vertrag und die Leistungen, die den Vertragsgegenstand ausmachen, werden von der Organisation koordiniert und überwacht und berücksichtigen gesetzlich vorgegebene oder von der Organisation selbst gesetzte Standards.

The WHO Regional Office for Europe

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

Member States

Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaijan
Belarus
Belgium
Bosnia and Herzegovina
Bulgaria
Croatia
Cyprus
Czech Republic
Denmark
Estonia
Finland
France
Georgia
Germany
Greece
Hungary
Iceland
Ireland
Israel
Italy
Kazakhstan
Kyrgyzstan
Latvia
Lithuania
Luxembourg
Malta
Monaco
Netherlands
Norway
Poland
Portugal
Republic of Moldova
Romania
Russian Federation
San Marino
Serbia and Montenegro
Slovakia
Slovenia
Spain
Sweden
Switzerland
Tajikistan
The former Yugoslav Republic of Macedonia
Turkey
Turkmenistan
Ukraine
United Kingdom
Uzbekistan

**World Health Organization
Regional Office for Europe**
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 39 17 17 17. Fax: +45 39 17 18 18
E-mail: postmaster@euro.who.int
Web site: www.euro.who.int