

Qualitätsverbesserungsmassnahme: Sturzprävention in Spitälern und Kliniken

Ablauf Antrag	Datum
Eingereicht	07.08.2023
fachliche Anerkennung	27.11.2023
vertragliche Anerkennung	08.01.2024
Publikation	Januar 2024
Aktualisierung	Juli 2026

Allgemeines

Qualitätsverbesserungsmassnahmen sind konkrete, systematische und von den Vertragspartnern anerkannte Massnahmen in Bezug auf Strukturen und Prozesse innerhalb eines Spitals oder einer Klinik. Sie haben zum Ziel, einen Teilaspekt der Behandlungsqualität und der Sicherheit von Patientinnen und Patienten in einem Handlungsfeld zu verbessern. Deren Wirkung in einem spezifischen Spital oder einer spezifischen Klinik wird im Rahmen des übergeordneten Qualitätskonzeptes des Handlungsfelds evaluiert und kontinuierlich verbessert. **Die QVM wird in den PDCA-Zyklus des Qualitätskonzeptes des Handlungsfelds integriert.** Diese Integration muss im Qualitätskonzept festgehalten und beschrieben sein.

Zusammenfassung

Stürze im Spital sind häufig und können zu Verletzungen, Schmerzen, Immobilisierung und längeren Aufenthalten führen, was sowohl Patient:innen als auch Spitäler belastet. Evidenzbasierte Massnahmen wie multifaktorielle Risikoeinschätzung, individuell angepasste Interventionsprotokolle sowie Edukation von Patient:innen und Angehörigen reduzieren nachweislich Sturzereignisse und deren Folgen. Die Umsetzung dieser Massnahmen kann über KPI überwacht werden. Dadurch werden sowohl die Patientensicherheit erhöht als auch die durch Stürze verursachten Kosten im Spital reduziert.

1. Abgrenzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM)

a) Name der Qualitätsverbesserungsmassnahme
Sturzprävention in Spitälern und Kliniken
b) Ziel und Wirkung der Qualitätsverbesserungsmassnahme auf Patientensicherheit und Behandlungsqualität
Stürze sind häufige Ereignisse im Spital: «Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der oder die Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt (WHO 2020).» 2-12% der älteren Patient:innen stürzen während ihres Spitalaufenthaltes. 15-40% der gestürzten Patient:innen ziehen sich Verletzungen zu. Davon sind bis zu 6% schwere, behandlungspflichtige Verletzungen, wie zum Beispiel Hüftfrakturen. Dies bedeutet für die Betroffenen negative Folgen wie Schmerzen, Immobilisierung und längere Spitalaufenthalte. Für das Spital sind diese Ereignisse mit Kostenfolgen verbunden, bedingt durch die längere Aufenthaltsdauer. Die Sturzprävention hat zum Ziel, Stürze zu reduzieren und Sturzfolgen zu vermeiden oder zu verringern und umfasst evidenzbasierte Massnahmen: • Multifaktorielle Sturz-Risikoeinschätzung basierend auf wissenschaftlichen Studien und Leitlinien (Evidenzgrad: 1a–2b, Meta-Analysen und kontrollierte Studien) • Individuell angepasste Interventionsprotokolle, die auf den Risikofaktoren der Patient:innen basieren (Evidenzgrad: 1b–2b) • Patientenedukation und Einbezug von Angehörigen, insbesondere bei Patient:innen ohne kognitive Beeinträchtigungen (Evidenzgrad: 1b, Praxiserfahrung unterstützt die Umsetzung) Durch die Umsetzung dieser Massnahmen lassen sich Sturzereignisse und sturzbedingte Verletzungen signifikant reduzieren. Negative Folgen wie Schmerzen, Immobilisierung, Folgeoperationen und längere Aufenthalte können vermieden oder minimiert werden. Für Spitäler und Kliniken werden dadurch direkte und indirekte Kosten verringert.
↑ Beilagen zur Wirkung bzw. Evidenz - Matthew E. Growdon, MD, Ronald I. Shorr, MD and Sharon K. Inouye, MD: "<i>The Tension Between Promoting Mobility and Preventing Falls in the Hospital</i>"; JAMA Intern Med. 2017 June 01; 177(6): 759–760. doi:10.1001/jamainternmed.2017.0840 - Ann L. Hendrich (PhD, RN, FAAN), Angelo Bufalino (PhD), Clariencia Groves (DEng, CHDA): "<i>Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: The imperative to reduce modifiable risk factors</i>"; Applied Nursing Research 53 (2020) 151243 - Montero-Odasso, Manuel, et al.: "World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative"; <i>Age and ageing</i> 51.9 (2022): afac205 - Beth Taylor, DCN, RD-AP, CNSC, FCCM; Heidi Tymkew, DPT, MHS, PT, CCS; Kara Vyders, BS; Madeline Taylor, BS; Wilhelmina Roney, MSN, RNEileen Costantinou, MSN, RN-BC: "<i>Implementation of Fall Preventions Over the Past 15 Years: Impact on Inpatient Injury and Insights for the Future</i>"; J Nurs Care Qual • Vol. 35, No. 4, pp. 365–371 - Christina Wapp, Anne-Gabrielle Mittaz Hager, Roger Hilfiker and Philippe Zysset: "<i>History of falls and fear of falling are predictive of future falls: Outcome of a fall rate model applied to the Swiss CHEF Trial cohort</i>"; 10.3389/fragi.2022.1056779
 Validation of the Hendrich II Fall Risk

c) Entwicklungsphase der Qualitätsverbesserungsmassnahme
<i>Die Qualitätsverbesserungsmassnahme ist praxisnah entwickelt worden und durch mindestens ein Pilotprojekt erprobt. Erzielte Erkenntnisse/Erfolge sind knapp zusammenzufassen.</i>
Die Qualitätsverbesserungsmassnahme ist...
☒ ...praxisnah entwickelt worden.
☒ ...und ist durch mindestens ein <u>Pilotprojekt</u> erprobt.
<i>Als ein Pilotprojekt gilt, wenn die QVM in mind. einem Spital oder Teilbereich eines Spitals umgesetzt und Erfahrungen dazu gesammelt wurden.</i>
Praxisnahe Entwicklung durch direktbeteiligte Gesundheitsfachpersonen.
Klinisch erprobt mit spitaleigenen Adaptationen (USZ, KSW, Stadtspital Triemli, Solothurner Spitäler, KSSG).

2. Geltungsbereich

a) Handlungsfelder
☐ Qualitätskultur ☒ Patientensicherheit ☐ Evidenzbasierte Entscheidungsfindung ☐ Patientenzentriertheit
b) Fachbereich(e)
☒ Akutsomatik ☒ Psychiatrie ☒ Rehabilitation
c) Abgrenzung: Abteilungen/Bereiche, Professionen etc.
Die Sturzprävention ist grundsätzlich eine interprofessionelle Aufgabe, bei der Gesundheitsfachpersonen (Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Therapeut:innen wie Physiotherapie und Ergotherapie, Neuropsycholog:innen, Ernährungsberatung und weitere) eng zusammenarbeiten. Wichtig ist die klinische Einschätzung durch erfahrene Pflegefachpersonen, Therapeut:innen und Ärzt:innen, die zeitnah nach Eintritt eine qualifizierte Aussage zum Sturzrisiko machen können und diese dokumentieren.

3. Methodik der QVM und Überprüfung der Integration in das betriebsinterne Qualitätskonzept

a) Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahme
Plan Die Sturzprävention in den Spitälern und Kliniken umfasst eine Risikoeinschätzung, Risikobeurteilung, Sturzprophylaxe innerhalb von 24 Stunden (oder sobald der klinische Zustand der PatientInnen dies erlaubt), sowie eine Poststurzanalyse nach eingetroffenem Ereignis und die Austrittsplanung. Die Klinik oder das Spital definiert Zeitvorgaben, Verantwortlichkeiten etc. abhängig vom Patientenkollektiv und hält diese im Sturzpräventionskonzept fest. Des Weiteren ist festzulegen, ob diese Qualitätsverbesserungsmassnahme flächendeckend oder bei bestimmten Patientenkol-

lektiven (z.B. aufgrund von Diagnosen, Behandlungspfad, Alter, Fachbereich, etc.) angewendet wird.

Für die Kontrolle der Umsetzung und Weiterentwicklung des internen Sturzpräventionskonzeptes wird eine verantwortliche Person definiert.

Do

- **Risikoeinschätzung**

Gesundheitsfachpersonen schätzen bei jedem Eintritt zeitnah das aktuelle Sturzrisiko eines Patienten mittels validierten Screening-Assessments ein (empfohlen sind: ePA-AC, Morse Fall Scale, 6click Mobilität). Liegt gemäss der Ersteinschätzung kein erhöhtes Sturzrisiko vor, erfolgen allgemeine Massnahmen zur Sturzprävention (Instruktion Bett, Licht/Nachtlicht, Umgebungsorientierung, Schuhwerk, Gehhilfsmittel, Edukation zu Sturzprävention).

- **Risikobeurteilung**

Wird das Sturzrisiko nach der Ersteinschätzung als erhöht eingestuft, werden in einer individuellen Abklärung die weiteren Risikofaktoren (intrinsische, extrinsische, umgebungsbezogene und verhaltensbedingte Faktoren) erfasst.

- a. Intrinsische Risikofaktoren sind «im Patienten/in der Patientin» selbst begründet und mehrheitlich pathophysiologischer Natur. Hierzu zählen beispielsweise eine muskuläre Einschränkung in der Mobilität, eine Beeinträchtigung der Kognition oder ein Sturz in der Vorgeschichte.
- b. Zu den extrinsischen Faktoren zählen Umgebungsfaktoren, die von aussen das Sturzrisiko des Patienten/der Patientin beeinflussen. Dies können einerseits Medikamente sein (beispielsweise Sedativa), andererseits auch schlecht angepasste oder schlecht eingesetzte Hilfsmittel (Stöcke, die zur Stolperfalle werden) oder falsches Schuhwerk.
- c. Umgebungsbezogene Gefahren stellen schlechte Beleuchtung, schlechtes Wetter und schwieriger Untergrund dar.
- d. Auch können verhaltensbedingte Faktoren – die Art und Weise wie die/der Patient:in die Aktivitäten ausführt – das Sturzrisiko erhöhen. Beispiele hierfür sind Eile beim Gang zur Toilette oder Ablenkung beim Treppensteigen.

Wird kein weiteres Sturzrisiko mit davon abgeleiteten Interventionen dokumentiert, obwohl in der Ersteinschätzung ein erhöhtes Sturzrisiko ersichtlich ist, muss dies in der entsprechenden Dokumentation begründet werden. Ein Grund ist beispielsweise eine reduzierte Sehschärfe, welche mit einer geeigneten Brille, die auch getragen wird, korrigiert ist.

Der ärztliche Dienst kann weitere Abklärungen mittels entsprechender Verordnungen auslösen.

- **Sturzprophylaxe**

Aufgrund der evaluierten Sturzrisiken (Risikobeurteilung) werden angepasste Massnahmen ausgelöst. Diese Massnahmen und eventuelle Instruktionen werden festgehalten (z.B. als Verlaufsdokumentation).

Die Sturz- und Verletzungsprophylaxe orientiert sich am Grundsatz, dass die Kombination verschiedener gezielter, individuell angepasster Einzelinterventionen das Sturzrisiko sowie das Verletzungsrisiko mindern. Diese multifaktoriellen Interventionen, beispielsweise Balance- und Kraftübungen in Kombination mit einer Optimierung der Medikation, erzielen die besten Ergebnisse in der Sturzprävention.

Die Evaluation und allfällige Anpassung der sturzpräventiven Interventionen werden regelmässig (einmal wöchentlich empfohlen, z.B. im Rahmen der Visite), sowie beim Eintreten von Veränderungen vorgenommen. Dazu eignen sich die Patientenvisiten. Die besprochenen Massnahmen werden dokumentiert.

- **Schulung und Wissenstransfer**

Es wird sichergestellt, dass das Sturzpräventionskonzept allen beteiligten Mitarbeitenden bekannt ist und die entsprechenden Mitarbeitenden die Inhalte (v.a. Assessments, Sturzprotokoll, Massnahmen) kennen und korrekt anwenden. Dies trifft gleichermaßen für neue als auch langjährige Mitarbeitende zu.

- **Poststurzanalyse & systematische Evaluation**

Hat ein Sturzereignis stattgefunden, wird dieses mittels Sturzprotokoll erfasst. Dabei müssen im Sturzprotokoll mindestens das Datum und der Zeitpunkt des Sturzes sowie allfällige Sturzfolgen dokumentiert werden. Eine Nachdokumentation von Sturzfolgen, welche sich erst im Verlauf zeigen, ist zu gewährleisten. Sturzfolgen umfassen eine durch einen Sturz erlittene Verletzung als auch weiterführende diagnostische und/oder therapeutische Massnahmen unabhängig von deren Befund. Die Zuständigkeiten und Massnahmen sind in klinikeigenen Dokumenten festgehalten (z.B. Pflegehandbuch oder Präventionskonzept).

- **Austrittsplanung**

Liegt bei Austritt weiterhin ein erhöhtes Sturzrisiko vor, werden eine Instruktion bzw. die Abgabe eines Merkblatts zur Sturzprävention und die Empfehlung zur Weiterführung der empfohlenen Massnahmen durchgeführt, idealerweise spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Austritt. Die Durchführung dieser Massnahmen wird festgehalten (ärztlicher Dienst/Pflegefachperson/Therapien). Relevante Ergebnisse der Risikoeinschätzung, Risikobeurteilung und Sturzprophylaxe (z.B. die erfolgte Beurteilung der Gangsicherheit und das entsprechend beurteilte Sturzrisiko) werden in den Austrittsberichten festgehalten.

Check

- **Poststurzanalyse & systematische Evaluation**

Bezug zu den ANQ-Messungen zu Sturz

Im Rahmen der Evaluation der Sturzprävention sind die Ergebnisse der vorhandenen ANQ-Messungen zu Sturz systematisch einzubeziehen.

Akutsomatik:

In der Akutsomatik erfolgt die Messung der Indikatoren «Sturz im Spital» sowie «Sturz mit Sturzfolgen» im Rahmen der ANQ-Messung *Sturz und Dekubitus*. Die Daten zu Sturz und dessen Folgen werden aus dem Klinikinformationssystem (KIS) exportiert. Die Ergebnisse werden den Spitälern auf Institutionsebene von der w hoch 2 GmbH in einem Dashboard und auf nationaler Ebene von der BFH und ANQ in Form eines nationalen Vergleichsberichts zur Verfügung gestellt.

Alterspsychiatrie:

In Kliniken der Alterspsychiatrie (Kliniktyp V) wird der Messindikator «Sturz» derzeit pilotiert. Analog zur Messung in der Akutsomatik werden die Daten zu Sturz und dessen Folgen aus dem Klinikinformationssystem (KIS) exportiert und die Ergebnisse künftig den Kliniken in einem Dashboard und einem nationalen Bericht zur Verfügung gestellt.

Als zentrale Ergebnisindikatoren werden in den Messungen folgende Inzidenzraten berichtet:

- Inzidenzrate (pro 1000 Pflgetage) von Sturzereignissen im Spital/in der Klinik
- Inzidenzrate (pro 1000 Pflgetage) von Sturzereignissen im Spital/in der Klinik mit Sturzfolgen

Die Ergebnisse der ANQ-Messungen sind im Rahmen der Check-Phase systematisch zu nutzen:

- als zentrale Outcome-KPI zur Beurteilung der Sturzprävention
- zur Identifikation von Verbesserungspotenzialen
- zum Monitoring/Überwachung von Trends über die Zeit
- als Grundlage für internes/externes Benchmarking (sofern verfügbar)

Die Ergebnisse der ANQ Messungen sind, sobald verfügbar, auszuwerten, mit den verantwortlichen Teams zu diskutieren und mit den internen Analysen (insbesondere Sturzprotokolle, Poststurzanalysen und interne KPIs) zu verknüpfen. Die daraus abgeleiteten Massnahmen sind im Sinne des PDCA-Zyklus umzusetzen und zu überprüfen.

Hinweis:

In den Fachbereichen ohne ANQ-Messung zu Sturz sind zur Evaluation der Sturzprävention mindestens die unten als obligatorisch genannten interne KPIs und Auswertungen zu erheben.

Die Wirksamkeit der Sturzpräventionsmassnahmen wird im Rahmen der Check-Phase systematisch überprüft. Ziel ist es, Sturzereignisse, deren Ursachen sowie die Effektivität der implementierten Präventionsmassnahmen kontinuierlich zu analysieren und daraus gezielte Verbesserungen abzuleiten.

Die Evaluation basiert auf der kombinierten Nutzung von Sturzprotokollen und Poststurzanalysen, definierten Qualitätsindikatoren (KPI) und – sofern verfügbar – Ergebnissen aus nationalen Qualitätsmessungen (ANQ) zu Sturz.

Dabei werden die Sturzprotokolle, Poststurzanalysen und KPI systematisch ausgewertet (z.B. Häufigkeit, eventuelle systembedingte Einflussfaktoren, etc.) und basierend auf den Ergebnissen Verbesserungsmassnahmen abgeleitet.

Obligatorische KPI sind:

- Sturzinzidenzrate (pro 1000 Pflgetage)
- Inzidenzrate sturzbedingter Verletzungen (leicht, mittelschwer, schwer)
- Sturzfolgen (pro 1000 Pflgetage)

KPI, welche zur Evaluation hinzugezogen werden können:

- Verweildauer nach sturzbedingten Verletzungen
- Anteil Patienten mit Mehrfachstürzen (≥ 1 Sturz)
- Anteil der Patient:innen mit dokumentierter Sturz-Risikoeinschätzung innert 24h
- Anteil der Patient:innen, die an Edukations- oder Präventionsmassnahmen teilgenommen haben

Act

Erkenntnisse aus Evaluation und Poststurzanalyse fliessen in die Weiterentwicklung des Sturzpräventionskonzeptes ein. Die Anpassung von Massnahmen, Schulungen oder Prozessen erfolgt basierend auf den Ergebnissen.

Beilagen zur Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahmen

Keine

b) Überprüfung der Qualitätsverbesserungsmassnahme

*Die externe Prüfstelle überprüft, ob die QVM in das interne Qualitätskonzept (PDCA-Zyklus) integriert ist. Für eine zielführende und faire Überprüfung dieser Integration sind hier **Kriterien** festgelegt.*

Ein dem Bedürfnis des Spitals/der Klinik individuell angepasstes Konzept zur Sturzprävention besteht. Dieses beinhaltet:

- Risikoeinschätzung/Risikobeurteilung/Sturzprophylaxe
 - die Definition des Patientenkollektivs, welches gescreent wird
 - die Assessmentinstrumente
 - Zeitfenster des ersten Assessments sowie die Überprüfungsintervalle

- risikobasierte Massnahmen (Standardmassnahmen oder angepasste präventive Massnahmen)
- Dokumentationsstandards, u.a. Begründung, wenn keine Intervention trotz erhöhten Sturzrisikos umgesetzt wird.
- Verantwortlichkeiten
- Poststurzanalyse & systematische Evaluation
 - Sturzprotokoll: Inhalt des Protokolls und technische Umsetzung
 - Vorgehen der systematischen Sturzprotokoll-Auswertung (v.a. in welchen zeitlichen Abständen diese stattfinden) und Ableitung von Massnahmen
 - Sturzinzidenzrate pro 1000 Pflegetage: Die Sturzinzidenzrate ist als Qualitätsindikator differenziert zu interpretieren, da eine konsequente und fachgerecht umgesetzte Sturzprävention das Sturzrisiko zwar reduzieren, Stürze jedoch nicht vollständig verhindern kann. Zudem besteht ein Zielkonflikt zwischen notwendiger Mobilisierung und Sturzvermeidung, sodass eine tiefe Sturzrate nicht per se mit höherer Versorgungsqualität gleichzusetzen ist.
 - Inzidenzrate sturzbedingter Verletzungen (leicht, mittelschwer, schwer)
 - Sturzfolgen (pro 1000 Pflegetage)
 - Definition und Berechnung interner KPI in Ergänzung zu den Ergebnisindikatoren aus den ANQ Messungen zu Sturz (wenn vorhanden).
- Austrittsplanung
 - Ergebnisse und Massnahmen vor Austritt sind dokumentiert.
 - Relevante Ergebnisse der Risikoeinschätzung, Risikobeurteilung, Sturzprophylaxe und allfällige Sturzereignisse sind im Austrittsbericht festgehalten.
- Schulung / Wissenstransfer
 - Schulungsintervalle sind bestimmt und stellen sicher, dass Sturzpräventionskonzept allen beteiligten Mitarbeitenden bekannt ist und die Inhalte (v.a. Assessments, Sturzprotokoll, Massnahmen) korrekt angewendet werden.

Die Umsetzung des Konzepts wird nachgewiesen anhand:

- der Patientendokumentation: Risikoeinschätzung, Risikobeurteilung, Sturzprophylaxe, Austrittsplanung
- der systematischen Evaluation der Sturzprotokolle, inkl. Ableitung von Massnahmen
- Schulungsnachweisen

Plan

- Vorhandensein eines Sturzpräventionskonzepts
- Definition von Zeitvorgaben, Verantwortlichkeiten und Anwendungsbereichen
- Definition des Patientenkollektivs
- Benennung eines Qualitätsverantwortlichen für Sturzprävention
- Definition der verwendeten Assessmentinstrumente

Do

- Durchführung von Schulungen der beteiligten Mitarbeitenden
- Sturzrate

Check

- Nutzung der Ergebnisse aus der ANQ-Messung zu Sturz (oder, wenn diese nicht verfügbar sind, interner KPIs) zur Evaluation der Sturzprävention
- Dokumentierter Nachweis der Analyse und Ableitung von Massnahmen basierend auf diesen Ergebnissen (ANQ-Messung oder interner KPI)
- Anteil ausgewerteter Sturzprotokolle

- Anteil der Stürze mit abgeleiteten Verbesserungsmassnahmen
- Anteil der Patient:innen mit Risikoeinschätzung in Bezug auf Zielgruppe
- Anteil der Patient:innen mit dokumentierter Risikobeurteilung bei erhöhtem Risiko
- Anteil der Patient:innen, bei denen individuelle Sturzprophylaxe umgesetzt wurde
- Anzahl geschulter Mitarbeitender in Bezug auf Zielgruppe
- Dokumentationsgrad der durchgeführten Massnahmen (z. B. Verlaufsdokumentation, Instruktionen, Hilfsmittelanpassung)

Act

- Nachweis von Massnahmen abgeleitet aus Check

4. Gestaltungsspielraum, Übertragbarkeit und notwendige Ressourcen

a) Gestaltungsspielraum und Übertragbarkeit
Die Erfassung des Sturzrisikos ist sowohl in Akutspitälern als auch in Rehabilitations- und psychiatrischen Kliniken relevant. Das Spital bzw. die Klinik legt im Sturzpräventionskonzept fest, für welche Patientenkollektive die QVM angewendet werden. So kann das jeweilige spitaleigene Konzept bei intern definierten Gesundheitsfachpersonen vermittelt werden. Diese führen gemäss den Vorgaben des Konzeptes den Ablauf zur Erfassung des Sturzrisikos durch. Um den Inhalt und die durchzuführenden Massnahmen den speziellen Bedürfnissen des jeweiligen Spitals/der jeweiligen Klinik anzupassen, wird ein individueller Gestaltungsspielraum benötigt. Wir empfehlen, mit bestehenden validierten Assessments zu arbeiten (Beispiele sind in Punkt 2a genannt). Allerdings würde eine abschliessende Vorgabe von Assessments der Individualität des Spitals nicht gerecht. Durch den individuellen Gestaltungsfreiraum, der in der QVM vorgesehen ist, kann das Konzept in alle Bereiche eingeführt werden, in denen Patient:innen in einem stationären Setting behandelt werden.
b) Abschätzung des personellen und finanziellen Aufwands zur Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme
Die Sturzprävention im Spital ist ein integrierter Bestandteil der Gesundheitszustandserfassung durch die Pflege (oder andere Gesundheitsfachpersonen). Diese Erfassung, die häufig mittels ePA-AC (oder anderen Assessments) durchgeführt wird, ermöglicht ohne zusätzlichen personellen Aufwand die Einschätzung des potenziellen Sturzrisikos. Die direkt umgesetzten Massnahmen können im normalen Tagesgeschäft integriert werden, benötigen aber einen einmalig höheren Aufwand von geschätzten 30 Minuten. Dies gilt auch für weitere Abklärungen durch den ärztlichen Dienst und die Therapien. Umgesetzte Massnahmen und die entsprechenden Therapieerfolge werden an den Patientenvisiten besprochen. Hier können die Resultate und weitere Massnahmen interdisziplinär besprochen werden (Aufwand pro beteiligte Disziplin: 10 Minuten). Die Dokumentation dieser Besprechung wird festgehalten. Der zusätzliche Aufwand zur Erfassung des Sturzrisikos wird nicht durch eine entsprechende Anhebung des Case Mix Index CMI der Grunddiagnose abgegolten. Das Erfassen des Sturzrisikos und der damit verbundene zeitliche Mehraufwand lohnen sich trotzdem: - Die Sturzrisikoerfassung und die ausgelösten Massnahmen verhindern mögliche Stürze im Spital. Dadurch werden zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen entlastet.

Der Patient/die Patientin kann sich in einer sicheren Umgebung von seiner akuten Erkrankung erholen, die Aufenthaltsdauer bleibt optimiert.

5. Register, Lizenzen und Zertifizierung inkl. deren Kosten

a) Register		
<i>Sieht die QVM das Führen eines Registers oder mehrerer Register vor?</i>	☐ Ja	☒ Nein
b) Zertifizierung		
<i>Sieht die QVM eine Zertifizierung vor?</i>	☐ Ja	☒ Nein
c) Lizenzen		
<i>Sieht die QVM Lizenzen vor (z.B. Fragebogen, IT-System)?</i>	☐ Ja	☒ Nein

6. Antragsteller und Interessenskonflikte

Antragssteller (Institution)	Spitäler Schaffhausen Universitätsspital Zürich
<i>Beschrieb von allfälligen Interessenskonflikten des Antragsstellers</i>	