

Qualitätsverbesserungsmassnahme: **Strukturierte Patientenübergabe**

| Ablauf Antrag | Datum |
|--------------------------|------------|
| Eingereicht | 23.08.2025 |
| fachliche Anerkennung | 11.09.2025 |
| vertragliche Anerkennung | 24.11.2025 |
| Publikation | 10.12.2025 |

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 Qualitätskonzepts 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

Eine strukturierte Übergabe ist essenziell für die Patientensicherheit, da Kommunikationsfehler häufig zu Behandlungsfehlern führen. Standardisierte Modelle wie SBAR, I-PASS oder PACE verbessern die Informationsweitergabe bei Schichtwechseln oder Patientenverlegungen. Die Wahl des Modells richtet sich nach dem Kontext, Ziel bleibt stets die vollständige und klare Übermittlung relevanter Patientendaten.

1. Zielbeschreibung der Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM)

| |
|---|
| a) Name der Qualitätsverbesserungsmassnahme |
| strukturierte Patientenübergabe |
| b) Ziel der Qualitätsverbesserungsmassnahme |
| <p>Die Umsetzung der QVM ermöglicht es, den Informationsverlust zu vermeiden und eine Barriere gegen die Weitergabe unvollständiger Informationen zu setzen. Zudem trägt sie zur Verringerung kommunikativer Hürden bei, wodurch unerwünschte Ereignisse reduziert und die Zeitabläufe optimiert werden.</p> <p>In Allgemeinen sind die verfolgten Ziele daher:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung• Vermeidung von Fehlern• Gewährleistung der Patientensicherheit• Höhere Effizienz bei der Informationsweitergabe |

2. Geltungsbereich

| |
|--|
| a) Handlungsfelder |
| <input type="checkbox"/> Qualitätskultur <input checked="" type="checkbox"/> Patientensicherheit <input type="checkbox"/> Patientenzentriertheit <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Entscheidungsfindung |
| b) Fachbereich (e) (Mehrfachauswahl möglich) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Akutsomatik <input checked="" type="checkbox"/> Psychiatrie <input checked="" type="checkbox"/> Rehabilitation |
| c) Abgrenzung: Abteilungen/Bereiche, Professionen etc. |
| Die Qualitätsverbesserungsmassnahme kann in jedem Kontext angewendet werden in dem die Notwendigkeit eines Informationsaustauschs / einer Übergabe zwischen Fachkräften bestehet, die an der Betreuung des Patienten beteiligt sind. |

3. Methodik und Wirkung

| |
|--|
| a) Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahme |
| Strukturierte Übergaben sind ein zentraler Bestandteil der Kommunikation im Gesundheitswesen und entscheidend für die Patientensicherheit. Sie finden z. B. bei Schichtwechseln, Verlegungen oder Transfers statt und erfordern eine präzise Weitergabe klinisch relevanter Informationen. Fehlende oder fehlerhafte Kommunikation in diesen Momenten zählt zu den Hauptursachen für Zwischenfälle und unerwünschte Ereignisse. Deshalb gelten standardisierte Übergabeinstrumente als wichtige Maßnahme zur Qualitätssicherung. Bekannte Modelle sind z. B. SBAR/ISBAR, I-PASS, 5Ps oder PACE. Die Wahl hängt vom Kontext ab – Ziel bleibt immer: klare, vollständige und sichere Informationsweitergabe. Die Umsetzung eines strukturierten Übergabemodells muss die folgenden Aspekte berücksichtigen. |

1. **Studienphase:** Vertiefung der aktuellen Situation, einschliesslich einer Analyse der verschiedenen Übergabemodelle, unter Berücksichtigung der Stärken und spezifische Herausforderungen der verschiedenen Methoden, um das am besten geeignete Modell für die eigene Realität zu identifizieren. Eine Einrichtung kann entweder ein einheitliches Modell für alle ihre Dienste übernehmen oder unterschiedliche Modelle je nach den spezifischen Merkmalen und Anforderungen einsetzen.
Es ist entscheidend, im Konzept klar festzulegen, welches Modell in welchem Kontext verwendet wird.
2. **Entwicklungsphase:** Identifizierung des Pilotbereichs, in dem das gewählte Modell angewendet werden soll. Festlegung einer Interessengruppe / Projektgruppe, die die Aufgabe hat, das Modell an den eigenen Kontext anzupassen und die Anwendungsregeln festzulegen.
3. **Konsolidierungsphase:** Umsetzung des Modells im Pilotbereich mit Schulungsmassnahmen zur Anwendung des neuen Standards sowie Coaching- und Peer-to-Peer-Aktivitäten. Die Schulungs- und Coaching-Phase ist besonders wichtig, da möglicherweise Widerstand gegen Veränderungen besteht (Wahrnehmung einer zunehmenden Komplexität seitens der Klinikfachkräfte, Bedrohung ihrer etablierten Gewohnheiten, Wahrnehmung einer Arbeitsüberlastung usw.). In dieser Phase muss für jeden Bereich definiert sein, wie die Schulungen und Informationsübergabe erfolgt (Schulungskonzept).
4. **Überwachungsphase:** Audit-Aktivitäten zur Überprüfung der Umsetzung des Modells und zur Erfassung möglicher Elemente, die für Anpassungen nützlich sind.
5. **Erweiterungsphase:** Ausweitung des Modells auf die gesamte Spitalstruktur/auf die verschiedenen Einheiten/Dienste mit der Umsetzung kontinuierlicher Schulungsmassnahmen, um die langfristige Nachhaltigkeit des Übergabemodells zu gewährleisten. Die Zeitpläne für die Erweiterung werden von der Einrichtung festgelegt und im Rahmen der Audits bewertet.
6. **Monitoring und kontinuierliche Verbesserung:** Implementierung eines Monitoring-system zur Sicherstellung der korrekten Anwendung des Modells (z.B. regelmässige Audits) und / oder Monitoring von Indikatoren, die die Notwendigkeit von Verbesserungen erkennen lassen (siehe Kapitel KPIs).

Beilagen zur Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahmen

Die Methode kann in Beilagen präzisiert werden.

Es können max. 3 Dokumente (PDF oder MS Office-Dokument) hochgeladen werden. Die Dateigrösse ist auf 8 MB pro Dokument beschränkt.

b) Erwünschte Wirkung auf die Behandlungsqualität und/oder die Sicherheit von Patientinnen und Patienten

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass die Umsetzung strukturierter Übergabemodelle die Kommunikation aus Sicht der Fachkräfte verbessert, eine gezieltere Fokussierung auf prioritäre Aspekte ermöglicht und – nach der Schulung – die für die Übergabe benötigte Zeit reduziert.

Auch aus der Perspektive der Patientenergebnisse ist der Einfluss erheblich.

Eine in neuen Spitäler durchgeföhrte Studie mit 10'740 Patienten hat gezeigt, dass die Einföhrung von I-PASS eine Reduzierung der Fehler um 23% und eine Verringerung der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse um 30% ermöglicht hat. Zu den Ergebnissen dieser Studie gehört auch die Feststellung, dass die Einföhrung von I-PASS kein Problem in Arbeitsablauf verursacht hat (Starmer AJ, 2014)

Literaturverzeichnis

- Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. N Engl J Med. 2014;371(19):1803-1812.
doi:10.1056/NEJMsa1405556

- Usher, R., Cronin, S. N., & York, N. L. (2018). Evaluating the Influence of a Standardized Bedside Handoff Process in a Medical-Surgical Unit. *Journal of continuing education in nursing*, 49(4), 157–163. <https://doi-org.eoc.swissconsortium.ch/10.3928/00220124-20180320-05>
- Ghosh, S., Ramamoorthy, L., & Pottakat, B. (2021). Impact of Structured Clinical Handover Protocol on Communication and Patient Satisfaction. *Journal of patient experience*, 8, 2374373521997733. <https://doi-org.eoc.swissconsortium.ch/10.1177/2374373521997733>
- Starmer, A. J., Spector, N. D., Srivastava, R., Allen, A. D., Landrigan, C. P., Sectish, T. C., & I-PASS Study Group (2012). I-pass, a mnemonic to standardize verbal handoffs. *Pediatrics*, 129(2), 201–204. <https://doi-org.eoc.swissconsortium.ch/10.1542/peds.2011-2966>
- Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13 Suppl 1(Suppl 1):i85-i90. doi:10.1136/qhc.13.suppl_1.i85
- The Joint Commission. (2017). Inadequate hand-off communication. Sentinel Event Alert, 58. Retrieved 15 March 2022, from: <https://www.jointcommission.org>
- Adverse Events and Near-Misses Relating to Intensive Care Unit–Ward Transfer: A Qualitative Analysis of Resident Perceptions [Adverse Events and Near-Misses Relating to Intensive Care Unit–Ward Transfer: A Qualitative Analysis of Resident Perceptions | Annals of the American Thoracic Society \(atsjournals.org\)](#)
- Clinical handover within the emergency care pathway and the potential risks of clinical handover failure (ECHO): primary research. [Background - Clinical handover within the emergency care pathway and the potential risks of clinical handover failure \(ECHO\): primary research - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)
- Zhaw Gesundheit, A-K Loosli, A.Müller, SBAR und I-Pass – Was die Literatur zu den zwei Übergaeinstrument aufzeigt, April 2019

4. Gestaltungsspielraum, Übertragbarkeit und notwendige Ressourcen

a) Gestaltungsspielraum und Übertragbarkeit

Strukturierte Übergabeinstrumente werden vorrangig im klinischen Bereich eingesetzt. Abhängig vom gewählten Instrument können sie jedoch auch in nicht-klinischen Bereichen sinnvoll sein – überall dort, wo eine gezielte und unterstützte Kommunikation erforderlich ist.

Schulungen spielen eine zentrale Rolle für den erfolgreichen Einsatz. Die Methodik kann je nach Institution individuell gestaltet werden, z. B. durch Präsenzunterricht, praxisnahe Schulungen vor Ort oder E-Learning.

In der Regel werden diese Instrumente zunächst für interne Übergaben innerhalb einer Einrichtung eingeführt. Sie eignen sich jedoch ebenso gut für die Übergabe zwischen verschiedenen Organisationen. Bei entsprechender Einbindung externer Partner können sie auch einrichtungsübergreifend angewendet werden.

Strukturierte Übergabemodelle sind vielseitig einsetzbar – sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, in klinischen und nicht-klinischen Kontexten. Entscheidend ist, dass sie eine klare und standardisierte Kommunikation ermöglichen, um die Sicherheit, Kontinuität und Effizienz der Abläufe zu gewährleisten.

Beispiele:

Klinische Kontexte:

- Innerhalb einer Gesundheitseinrichtung: Übergaben bei Schichtwechseln, zwischen Stationen (z. B. Intensivstation → Normalstation), im OP, beim Entlassungsmanagement (z. B. Übergabe an Hausarzt oder ambulante Pflege).

- Notfallversorgung: Kommunikation zwischen Rettungsdiensten (z. B. Rettungssanitätern) und Spitalteams oder zwischen der Notrufzentrale (118) und Notfallteams.
- Primärversorgung und ambulante Betreuung: Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten, Spitex, Pflegeheimen und Hospizen.

Nicht-klinische Kontexte:

- Transport und Logistik: Koordination von Patiententransporten und medizinischem Material.
- Sicherheit und Krisenmanagement: Kommunikation zwischen Einsatzkräften in Not- oder Krisensituationen (z. B. Evakuierungen).

Der Schlüsselfaktor für den Erfolg liegt in der Anpassung der Methode an die jeweiligen Anforderungen der Arbeitsumgebung.

b) Entwicklungsphase

Die Qualitätsverbesserungsmassnahme ist...

- ...praxisnah entwickelt worden.
 ...und ist durch mindestens ein Pilotprojekt erprobt.

Als ein Pilotprojekt gilt, wenn die QVM in mind. einem Spital oder Teilbereich eines Spitals umgesetzt und Erfahrungen dazu gesammelt wurden.

Die Qualitätsverbesserungsmassnahme ist praxisnah entwickelt worden, basierend auf konkreten Bedürfnissen aus dem klinischen Alltag sowie Rückmeldungen von Fachpersonen aus verschiedenen Berufsgruppen. Identifizierte Schwachstellen in der Kommunikation bei Übergaben – insbesondere bei Schichtwechseln und Patientenverlegungen – dienten als Ausgangspunkt für die Konzeption.

Die QVM wurde im Rahmen eines Pilotprojekts in mehreren Abteilungen eines mittelgrossen Spitals getestet. Dabei kamen strukturierte Übergabemodelle zum Einsatz, ergänzt durch Schulungen vor Ort und begleitende E-Learning-Module. Die Erfahrungen aus der Pilotphase – insbesondere zu Umsetzbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit – wurden systematisch ausgewertet und in die finale Ausgestaltung der Massnahme integriert

c) Abschätzung des personellen und finanziellen Aufwands zur Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme

Die mit der Einführung des Übergabemodells verbundenen Kosten hängen vom Umfang des Projekts und der Anzahl der beteiligten Dienste ab. In einer mittelgroßen Einrichtung kann die Umsetzung nachhaltig gestaltet werden, indem die Aktivitäten auf mehrere Phasen und Berufsgruppen verteilt werden.

Die wichtigsten Aufwandsbereiche betreffen:

- Das Projektmanagement und die operative Koordination,
- Die Definition und Durchführung der Schulung, die flexibel an die verfügbaren Ressourcen angepasst werden kann (z. B. interne Schulungen, E-Learning),
- Die Einbindung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe mit Vertreter: innen der beteiligten Berufsgruppen sowie Personen mit Erfahrung in der Methode,
- Die kontinuierliche Überwachung und Weiterentwicklung, die gut in bestehende Qualitäts- und Sicherheitsprozesse integriert werden kann.

Erfahrungen zeigen, dass das Modell mit guter Planung schrittweise, wirksam und im Einklang mit dem laufenden Betrieb eingeführt werden kann.

5. Überprüfung der Integration in das betriebsinterne Qualitätskonzept

Die Massnahme ist klar im kontinuierlichen Verbesserungszyklus nach dem PDCA-Modell integriert:

PLAN

- Bedarfsanalyse: Erhebung von Schwachstellen in der aktuellen Übergabepraxis (z. B. durch Fehlerberichte, Interviews, Audits).
- Modellwahl: Auswahl eines geeigneten Übergabeinstruments (z. B. SBAR, I-PASS) unter Berücksichtigung der Fachbereiche und Anforderungen.
- Zieldefinition: Festlegung messbarer Verbesserungsziele (z. B. Reduktion von Übertragungsfehlern, Steigerung der Patientensicherheit, Erhöhung der Zufriedenheit der Mitarbeitenden).
- Ressourcenplanung: Benennung der Projektverantwortlichen, zeitlicher Ablaufplan, Schulungskonzept, Pilotstation(en).

DO

- Schulung: Durchführung interprofessioneller Trainings (z. B. Präsenz, Simulation, E-Learning), angepasst an Zielgruppe und Kontext.
- Einführung: Implementierung des gewählten Modells auf Pilotstation(en), z.B. ergänzt durch visuelle Erinnerungshilfen (z. B. Poster, Taschenkarten).
- Begleitung: Laufende Unterstützung durch Qualitäts- oder Projektteam (z. B. Peer-Coaching, Supervision).

CHECK

- Überprüfung: Nachweis einer regelmässigen Überprüfung.
- Feedback: Systematische Rückmeldung der Anwender:innen (z. B. Fokusgruppen, Fragebögen).

ACT

- Anpassung: Modifikation des Übergabemodells oder der Schulungsmaterialien gemäss Rückmeldungen und Auditergebnissen.
- Skalierung: Ausdehnung auf weitere Einheiten oder Dienste. Dies hat einen Einfluss auf das Kriterium der Betriebsdurchdringung im Audit.
- Nachhaltigkeit: Etablierung eines jährlichen Auffrischungstrainings und Integration in das Onboarding neuer Mitarbeitender. Die QVM ist fest in das kontinuierliche Schulungskonzept der Institution integriert.

Vorgeschlagene KPIs (diese dienen lediglich als Vorschlag, bzw. sind nicht verpflichtend)

Strukturindikatoren

| Indikator | Beschreibung | Zielwert | Datenquelle |
|---|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Vorhandensein unterstützender Materialien (z. B. Checklisten, Poster) | Sichtbare Unterstützung auf Station | 100 % der beteiligten Bereiche | Vor-Ort-Kontrolle |
| Existenz einer interprofessionellen Projekt- oder Steuergruppe | Koordination und Monitoring | Aktive Gruppe | Sitzungsprotokolle |
| Integration der Massnahme im internen Qualitätskonzept | Nachhaltigkeit der QVM | Ja | Qualitätshandbuch / Q-Ziele |

Prozessindikatoren

| Indikator | Beschreibung | Zielwert | Datenquelle |
|--|--|----------|--------------------------------|
| % der Übergaben, mit einem strukturierten Instrument durchgeführt wurden (z.B. SBAR, I-PASS) | Misst die Umsetzung der Methode in der Praxis | >90% | Audit / Beobachtungsprotokolle |
| % des geschulten Personals | Anteil der Mitarbeitenden, die eine Einführung ins Modell erhalten haben | >85% | Schulungsnachweise |
| % der Einheiten, die in die Implementierung einbezogen wurden | Ausmass der Einführung im Haus | >75% | Umsetzungsplan |

Ergebnisindikatoren

| Indikator | Beschreibung | Zielwert | Datenquelle |
|--|---|--|---|
| Reduktion von Kommunikationsfehlern | Vergleich vor/nach Einführung | Reduzierung der Kommunikationsfehler >20% | CIRS / Fehlerberichte |
| % der Mitarbeiter, die sich sicherer fühlen bei Übergaben | Subjektive Einschätzung | >80% Zustimmung | Fragebogen (z.B Team STEPPS, Edmondson-Skala) |
| Vermeidung von übergabebedingten unerwünschten Ereignissen | Klinische Auswertung (Root-Cause-Analyse) | Rückgang | Sentinel Berichte / Risikoanalyse |

Empfohlene Mindestanforderungen

- Ein strukturbezogener Nachweis, z. B. „Integration im Qualitätskonzept“
- Ein Prozessindikator, z. B. „% strukturierter Übergaben“
- Ein Ergebnisindikator, z. B. „Reduktion der Kommunikationsfehler“

Die Resultate der definierten KPIs werden jährlich im Rahmen des Qualitätsmanagements analysiert. Basierend auf diesen Ergebnissen werden gezielte Anpassungen an den verwendeten Übergabemodellen, Schulungsmethoden oder unterstützenden Materialien vorgenommen. Die Ergebnisse fließen zudem in den jährlichen Qualitätsbericht ein.

6. Umsetzung und Kosten

| a) Register | | |
|--|-----------------------------|--|
| Sieht die QVM das Führen eines oder mehrerer Register vor? | <input type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |

| | | |
|---|--|--|
| Falls ja: | Name des Registers | |
| Erfüllt das Register die Empfehlungen zum Aufbau und Betrieb von gesundheitsbezogenen Registern ¹ ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind die registrierten Daten zur Qualitätsentwicklung gemäss dem Qualitätsvertrag verwendbar? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Teilweise | | |
| <i>Beschrieb, wie die Daten des Registers für die Qualitätsentwicklung verwendbar sind.</i> | | |
| Kosten | <input checked="" type="checkbox"/> Kostenfrei | <input type="checkbox"/> Kostenpflichtig |
| b) Lizenzen | | |
| Sieht die QVM Lizenzen vor (z.B. Fragebogen, IT-System)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| | <input type="checkbox"/> je nach Umsetzung | |
| Falls ja (oder je nach Umsetzung) | Name der Lizenz | |
| Kosten | <input type="checkbox"/> Kostenfrei | <input type="checkbox"/> Kostenpflichtig |
| b) Zertifizierung | | |
| Sieht die QVM eine Zertifizierung vor? | <input type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| | <input type="checkbox"/> je nach Umsetzung | |
| Falls ja (oder je nach Umsetzung) | Name der Zertifizierung | |
| Fakultativer Freitext | | |
| Erfüllt die Zertifizierung die Anforderungen der SAMW betreffend Zertifizierungen im medizinischen Kontext ² | <input type="checkbox"/> Ja erfüllt | <input type="checkbox"/> Teilweise erfüllt |
| | <input type="checkbox"/> Nicht erfüllt. | |
| <i>Beilage</i> | | |
| Kosten | <input type="checkbox"/> Kostenfrei | <input type="checkbox"/> Kostenpflichtig |

7. Angaben zum Antragssteller und Deklaration Interessenskonflikte

| | |
|---|---|
| Referenzangabe | |
| Antragssteller (Institution) | Ente Ospedaliero Cantonale |
| Datum, Ort | 04. Sept. 2025 |
| Vor- und Nachname, Funktion & Unterschrift Zeichnungsberechtigte Person der antragstellenden Institution | Giovanni Rabito, Verantwortlicher für Qualität und Patientensicherheit, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli Adriana Degiorgi, Leiterin Dienststelle Qualität und Patientensicherheit, EOC |

Option: Unterschrift zu Zweien

Beschrieb von allfälligen Interessenskonflikten des Antragsstellers

Der Antragsteller ist Mitglied der FKQ

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Version 2, FKQ, März 2025

¹ <https://www.hplus.ch/de/qualitaet/gesundheitsbezogeneregister>

² <https://www.samw.ch/de/Projekte/Uebersicht-der-Projekte/Qualitaet-in-der-Medizin.html>