

SAFEST-Leitfaden:



101 Empfehlungen zur Patientensicherheit in der perioperativen Phase in deutscher Sprache

Zitierfähiges Dokument verfügbar unter:

*Arnal-Velasco D, Martinez-Nicolas I, Fabregas N, et al. **Perioperative Patient Safety Recommendations: a European consensus study.** Br J Anaesth. 2025 in press.*

In dieser Zusammenfassung sind die standardisierten SAFEST-Verfahren für die perioperative Patientensicherheit mit Symbolen gekennzeichnet, die ihren Empfehlungsgrad angeben. Bei starken Empfehlungen, wie „wir empfehlen...“ oder „Ärzte sollen...“, ist die standardisierte Praxis mit “Empfohlen” gekennzeichnet. Für weniger starke Empfehlungen, wie „wir empfehlen...“ oder „Ärzte könnten...“, wird das “Vorgeschlagene” verwendet.

Darüber hinaus:

- Die 10 am höchsten bewerteten Empfehlungen hinsichtlich ihrer Bedeutung sind mit folgendem Symbol gekennzeichnet: 
- Die 10 am höchsten bewerteten Empfehlungen zur Bedeutung aus Patientensicht, sind mit folgendem Symbol gekennzeichnet: 
- Die 10 am höchsten bewerteten Empfehlungen zur Umsetzbarkeit sind mit folgendem Symbol gekennzeichnet: 
-

PPSR ID	German Technical language	German Lay Language	SAFEST SoR
PPSR-001	Eine klare und eindeutige Strategie zur Entwicklung einer starken Sicherheitskultur wird umgesetzt, einschließlich: 1. Anerkennung, dass Fehler menschlich sind; 2. Bereitschaft, Fehler zu besprechen und daraus zu lernen; 3. Proaktive Identifizierung möglicher Gefahren; 4. Etablierung eines nicht-bestrafenden, fairen und transparenten Systems zur Meldung und Analyse unerwünschter Ereignisse; 5. Offene Kommunikation über unerwünschte Ereignisse mit den Patienten.	Klare Methoden und Maßnahmen sind eingeführt, um eine starke Sicherheitskultur zu entwickeln. Diese können Folgendes umfassen: 1. Anerkennung, dass Fehler menschlich sind, 2. Bereitschaft, Fehler zu besprechen und daraus zu lernen, 3. Frühzeitiges Erkennen möglicher Gefahren 4. Verwendung eines nicht-bestrafenden, fairen und transparenten Systems zur Meldung und Analyse unerwünschter Ereignisse; 5. Patienten werden über vermeidbare Schäden informiert.	Vorgeschlagene

PPSR-002	Register, Umfragen, Interviews und andere proaktive Instrumente werden eingesetzt, um Situationen mit hohem Verletzungsrisiko während perioperativen Phase zu identifizieren und zu verhindern.	Das Krankenhaus verwendet verschiedene Methoden, um Situationen zu identifizieren, in denen Patienten vor, während und nach der Operation häufig einem hohen Risiko ausgesetzt sind. Dazu gehören das Führen von Aufzeichnungen, Fragebögen und andere Methoden zur Vermeidung möglicher Probleme.	Vorgeschlagene
PPSR-003	Medizinisches Fachpersonal, das in der perioperativen Versorgung tätig ist, sollte eine Einführungsschulung sowie regelmäßige multidisziplinäre Schulungen erhalten, die Patientensicherheit, Teamarbeit, effektive Kommunikation, Offenheit und den sicheren Umgang mit Technologien fördert.	Medizinisches Fachpersonal, das vor, während und nach der Operation an der Behandlung beteiligt ist, erhält von Anfang an regelmäßige Schulungen. Diese Schulungen beinhalten, wie man zusammenarbeitet, um die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten, wie man offen miteinander umgeht und kommuniziert und wie man die medizinischen Geräte korrekt verwendet.	Vorgeschlagene
PPSR-004 	Während des gesamten Versorgungsprozesses, insbesondere während des Aufnahmeprozesses und der Phasen der Aufklärung und Einwilligung, wird die Identität des Patienten gemeinsam mit dem Patienten, dem gesetzlichen Vormund oder der Pflegeperson durch Überprüfung des vollständigen Namens, Geburtsdatums, der Krankenaktennummer (oder einer anderen eindeutigen Kennung) und des geplanten Eingriffs bestätigt.	Während des gesamten Versorgungsprozesses, insbesondere während der Aufnahme und der Aufklärung und Einwilligung, wird die Identität der Patienten bestätigt, indem der vollständige Name, Geburtsdatum, die Krankenaktennummer (oder eine andere eindeutige Kennung) und das geplante Verfahren mit dem Patienten, seinem gesetzlichen Vertreter oder Pflegeperson abgeglichen werden.	Vorgeschlagene
PPSR-005	Perioperative Abteilungen überwachen zentrale Qualitätsindikatoren, nutzen sie zur Planung von Verbesserungen und teilen sie intern, um die Qualität ihrer Arbeit zu steigern.	Abteilungen, die an chirurgischen Eingriffen beteiligt sind, haben wichtige Kennzahlen und teilen Daten, die bei der Verbesserung der Versorgungsqualität unterstützen können.	Vorgeschlagene
PPSR-006 	Das Krankenhaus führt kontinuierlich Audits der Behandlungsprozesse, der Einhaltung von Richtlinien und der Ergebnisse durch. Die Auditergebnisse werden dem gesamten interdisziplinären Team mitgeteilt.	Das Krankenhaus überprüft regelmäßig, ob die Behandlung den Richtlinien entspricht und gute Ergebnisse für die Patienten erzielt. Diese Ergebnisse werden mit dem Team geteilt.	Empfohlen

PPSR-007 P	Eine regelmäßige und systematische Analyse schwerwiegender Vorfälle, unerwünschter Ereignisse und Beschwerden findet statt, um daraus zu lernen und deren Wiederholung zu verhindern. Patienten nehmen ebenfalls an diesem Prozess teil und erhalten rechtzeitig transparente Informationen.	Das Krankenhaus prüft regelmäßig und sorgfältig Beschwerden, Unfälle und vermeidbare Schäden, um zu verstehen, was passiert ist, und um zu verhindern, dass sie erneut auftreten. Patienten werden in die Identifizierung möglicher Probleme einbezogen. Das Krankenhaus stellt sicher, dass Patienten rechtzeitig und transparent darüber informiert werden, welche Schritte unternommen werden, um das Problem zu beheben.	Vorgeschlagene
PPSR-008	Kognitive Hilfsmittel oder schriftliche Anleitungen zum Umgang mit Krisensituationen stehen zur Verfügung.	Erinnerungshilfen oder schriftliche Anleitungen stehen für Notfälle zur Verfügung.	Vorgeschlagene
PPSR-009 P	Nach einem schwerwiegenden unerwünschten Ereignis sollten die beteiligten Teammitglieder bei Bedarf sofortige praktische und psychologische Unterstützung im Rahmen eines „Second Victim“-Programms erhalten. Sie sollten außerdem so früh wie möglich eingeladen werden, über die Lernerfahrung zu sprechen.	Ein schwerwiegender unerwarteter Schaden in der gesundheitlichen Versorgung betrifft nicht nur die Patienten, sondern auch die an der Versorgung beteiligten Teammitglieder. Um ihnen zu helfen, damit umzugehen, ist es wichtig, sie unmittelbar sowohl praktisch als auch emotional zu unterstützen. Dies wird als "Second Victim" Programm bezeichnet. Zudem sollten sie so früh wie möglich ermutigt werden, über das Geschehene zu sprechen und ihre Lernerfahrung zu teilen.	Vorgeschlagene
PPSR-010	Im Krankenhaus ist eine interdisziplinäre Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz eingerichtet.	Das Krankenhaus hat ein Konzept, bei dem das klinische Fachpersonal sich trifft und Fälle von Patienten bespricht, die während ihrer Behandlung Komplikationen erlitten haben oder gestorben sind.	Vorgeschlagene
PPSR-011	Krankenhäuser verfügen über verbindliche Vorgaben zur Sicherstellung einer ausreichenden personellen Besetzung von chirurgischen Teams, einschließlich Kontingenzplänen zur Vermeidung von Personalausfällen. Jährliche Überprüfungen zur Einhaltung der Vorgaben werden durchgeführt.	Krankenhäuser haben Regelungen, um zu bestimmen, wie viele Personen in einem chirurgischen Team arbeiten sollten, um die Sicherheit aller zu gewährleisten. Es stehen außerdem Notfallpläne zur Verfügung für den Fall, dass das Team unterbesetzt ist. Die Überprüfung dieser Regelungen erfolgt jährlich.	Vorgeschlagene

PPSR-012	Hochriskante chirurgische Eingriffe werden von vollständigen, qualifizierten chirurgischen Teams durchgeführt, die mindestens aus einem Facharzt für Anästhesie sowie Chirurgie und für den Operationsdienst ausgebildete Pflegefachkraft oder Assistenz besteht.	Bei Operationen oder Patienten mit einem hohen Risiko für Komplikationen ist ein vollständiges Operationsteam im Operationssaal anwesend. Dieses Team sollte mindestens aus einem Facharzt für Anästhesie, einem Facharzt für Chirurgie und einer für den Operationsdienst ausgebildeten Pflegefachkraft oder Assistenz bestehen.	Vorgeschlagene
PPSR-013	Eine zertifizierte anästhesietechnische Assistenz oder vergleichbare Fachkraft steht an jedem Ort, an dem eine Anästhesie durchgeführt wird, unmittelbar zur Verfügung, auch wenn der Eingriff von einem Anästhesisten vorgenommen wird.	An jedem Ort, an dem Anästhesien durchgeführt werden, ist stets eine speziell geschulte Fachkraft, wie eine anästhesietechnische Assistenz oder eine vergleichbare Fachkraft, zur Unterstützung verfügbar. Auch wenn der Anästhesist die Anästhesie selbst durchführt, ist immer eine Assistenz anwesend.	Vorgeschlagene
PPSR-014	Einheiten und Stationen zur postoperativen Erholung wie Intensivstationen, Aufwacheinheiten und postoperative Pflegestationen verfügen über eine ausreichende Anzahl von Pflegekräften mit entsprechender Weiterbildung im Bereich des Schmerzmanagements. Außerdem verfügen sie über angemessene anästhesiologische und chirurgische Unterstützung, einschließlich spezialisierter Dienste der Schmerzmedizin, bis die Patienten die vereinbarten Entlassungskriterien erfüllen.	Einheiten und Stationen zur Erholung nach einer Operation (wie Intensivstationen, Aufwachräume und Stationen) sollten genügend medizinisches Fachpersonal haben, das auf die Schmerzbehandlung spezialisiert ist, um die Patienten bis zur Entlassung bestmöglich zu versorgen.	Vorgeschlagene
PPSR-015	An allen Orten, an denen Anästhesien durchgeführt werden, steht folgende Ausstattung zur Verfügung. Auch im Falle einer bewussten Sedierung steht die genannte Ausstattung zur Verfügung, für den Fall, dass eine Umstellung auf eine Allgemeinanästhesie aufgrund eines unvorhergesehenen Ereignisses erforderlich ist:	Wenn ein Patient eine Vollnarkose benötigt oder in den Dämmer Schlaf versetzt wird, sollte die gesamte dafür erforderliche Ausstattung zur Verfügung stehen. Diese Ausstattung umfasst unter anderem ein Gerät zur Aufzeichnung der Herzströme, ein Gerät zur Messung des Sauerstoffgehalts im Blut, ein Gerät	Vorgeschlagene

	1. EKG-Gerät; 2. Pulsoximeter; 3. Nicht-invasive Blutdruckmessung; 4. Neuromuskuläres Monitoring bei Verwendung von Muskelrelaxanzien; 5. Ausstattung zur Messung der Körpertemperatur und zur Wärmung; 6. Monitoring der Narkosetiefe; 7. Ein Gerät zur Anzeige des Atemwegsdrucks bei Beatmung des Patienten mit entsprechender Alarmgrenzeinstellung; 8. Gerät zur Gasanalyse für Sauerstoff, Anästhesiegase und Kapnographie; 9. Defibrillatoren und externe Herzschrittmacher; 10. Ausstattung zur Patientenlagerung; 11. Benötigte Ausstattung für die Verabreichung von Narkosegasen; 12. Genügend Infusionspumpen und Spritzen (Injektionen) für hochrisiko Medikation; 13. Ausstattung für die Behandlung von Patienten mit schwierigem Atemweg, einschließlich Videolaryngoskop; 14. Chirurgische Absaugpumpe; 15. Schnellinfusionsgerät zur Behandlung schwerer Blutungen; 16. Ultraschallgeräte zur Bildgebung für Gefäßzugänge und Regionalanästhesie; 17. Weitere Geräte für die Regionalanästhesie, einschließlich Ultraschall und elektrische Nervenstimulation.	zur Messung des Blutdrucks, ein Gerät zur Unterstützung der Beatmung, ein Ultraschallgerät sowie eine Ausstattung zur Unterstützung des Schmerzmanagements.	
PPSR-016	Laboruntersuchungen vor Ort oder patientennahe Laboruntersuchung (Point of care Diagnostik) für Blutgase, Serumelektrolyte, aktivierte Gerinnungszeit (ACT), Thromboelastographie und Thrombozytenfunktionstest stehen zur Verfügung, um eine sichere Versorgung der Patienten im Operationssaal bei chirurgischen Eingriffen mit hohem Blutungsrisiko zu gewährleisten.	Bei Operationen mit hohem Blutungsrisiko gibt es immer ein Labor in der Nähe, um schnell das Blut des Patienten zu testen. Die Tests können unter anderem die Untersuchung verschiedener Blutwerte und die Fähigkeit des Blutes zur Gerinnung umfassen.	Vorgeschlagene
PPSR-017 	Eine Checkliste wird täglich zur Überprüfung der Anästhesiegeräte verwendet. Die Überprüfung stellt sicher, dass der Anästhesiekreislauf dicht ist und elektrische Geräte unbeschädigt und funktionstüchtig sind.	Jeden Tag werden die Narkosegeräte mit einer Checkliste überprüft, um sicherzustellen, dass sowohl der Beatmungsweg als auch die elektrischen Bestandteile ordnungsgemäß funktionieren.	Vorgeschlagene

PPSR-018 	Auf der Aufwacheinheit steht folgende Ausstattung zur Verfügung: 1. Möglichkeiten zum Händewaschen; 2. Ausrüstung und Medikamente zur Atemwegssicherung, sowie unmittelbar zugängliche Geräte für schwierige Intubationen; 3. Geräte zur manuellen Beatmung mit Sauerstoff; 4. Pulsoxymetrie und Kapnographie; 5. Basismonitoring der hämodynamischen Parameter; 6. Gerät zur Messung der Körpertemperatur; 7. Notfallmedikamente und Möglichkeiten zur intravenösen oder inhalativen Verabreichung; 8. Unmittelbarer Zugang zu einem Defibrillator.	Die Aufwacheinheit, wo sich der Patient normalerweise direkt nach der Operation erholt, ist mit verschiedenen Geräten ausgestattet, um Patienten nach der Operation zu überwachen und zu versorgen. Dazu gehören mindestens: Möglichkeiten zum Händewaschen, Ausrüstung zur Sicherung der Atemwege und Beatmung der Patienten, Geräte zur Überwachung der Herzaktivität, Körpertemperatur und Blutwerte, Notfallmedikamente sowie ein Defibrillator (ein Gerät, das bei einem Herzstillstand den Herzrhythmus wiederherstellen kann).	Vorgeschlagene
PPSR-019 	Medizinische Geräte werden regelmäßig überprüft und gewartet. Zudem wird ein Plan zum rechtzeitigen Austausch von medizinischen Geräten umgesetzt.	Medizinische Geräte werden regelmäßig überprüft und bei Bedarf rechtzeitig durch neue Geräte ersetzt.	Vorgeschlagene
PPSR-020	Vor der Operation bespricht ein multidisziplinäres Behandlungsteam die optimale chirurgische Strategie für komplexe Therapieentscheidungen sowie komorbide Patienten basierend auf dem klinischen Status, den Komorbiditäten und dem Blutungsrisiko des Patienten sowie der Expertise des Teams.	Vor der Operation trifft sich das Behandlungsteam aus Ärzten und medizinischem Fachpersonal, um für schwierige Operationen und schwerkranke Patienten die beste chirurgische Vorgehensweise zu besprechen. Dabei werden alle medizinischen Vorerkrankungen, der aktuelle Gesundheitszustand, das Blutungsrisiko sowie die Erfahrung und Expertise des Behandlungsteams berücksichtigt.	Vorgeschlagene
PPSR-021	Um eine effektive Kommunikation sicherzustellen und Missverständnisse im Operationssaal zu reduzieren, wird die verbale Kommunikation unter den Teammitgliedern standardisiert. Dies kann erreicht werden, indem als Teil der Kommunikationskultur Annahmen vermieden werden und alle Teammitglieder die "Closed Loop" Kommunikationsstrategie anwenden.	Um Verwirrung und Fehler im Operationssaal zu vermeiden, verwenden die Teammitglieder klare und effektive Kommunikationstechniken. Dabei muss jede und jeder im Team bestätigen, dass sie oder er besprochene Inhalte verstanden hat.	Vorgeschlagene

PPSR-022	Ein Prozess zur Reduzierung von Barrieren für eine effektive Kommunikation ist implementiert. Diese Barrieren können Probleme in der Raumgestaltung, irrelevante Gespräche, hoher Lärmpegel, soziale Faktoren (z. B. Status, Hierarchie), Ablenkungen und Unterbrechungen umfassen.	Ein Konzept zur Verbesserung der Kommunikation wurde entwickelt. Dieses umfasst die Beseitigung von Hindernissen in der Kommunikation wie der Raumgestaltung, lauten Geräuschen, nicht relevanten Gesprächen, Ablenkungen und Unterbrechungen.	Vorgeschlagene
PPSR-023 	Ein standardisierter Übergabeprozess für die Übermittlung von Patienteninformationen zwischen Einzelpersonen und Teams ist implementiert.	Ein Konzept wird umgesetzt, um sicherzustellen, dass alle Beteiligten alle relevanten Informationen über einen Patienten erhalten, wenn die Patientenversorgung an eine andere Person oder ein anderes Team übergeben wird.	Empfohlen
PPSR-024 	Eine lokal angepasste WHO-Checkliste zur chirurgischen Sicherheit oder eine gleichwertige Checkliste (z. B. SURPASS) wird von allen Mitgliedern des Operationsteams genutzt unter Verwendung von Gedächtnisstützen.	Das Krankenhaus verwendet eine spezielle Sicherheits-Checkliste und Gedächtnisstützen für Operationen, um sicherzustellen, dass alle Mitglieder im chirurgischen Team wissen, was zu tun ist, um die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten.	Empfohlen
PPSR-025	Um Sicherheitsbedenken anzusprechen, kann jedes Mitglied des perioperativen Teams eine Sicherheitspause einfordern. Diese umfasst die Identifizierung des Sicherheitsvorfalls, eine Einleitung der Pause und die Kommunikation der Bedenken, die Lösung des Vorfalls durch eine Reaktion des Teams, eine Besprechung des Vorfalls während der Nachbereitung sowie die Analyse von Möglichkeiten zur Verbesserung der Patientenversorgung.	Wenn jemand im chirurgischen Team Bedenken hinsichtlich der Patientensicherheit hat, kann er oder sie eine "Sicherheits-Pause" einfordern. Das bedeutet, die Operation wird kurz unterbrochen und die Situation mit dem gesamten Team besprochen, um das Problem zu lösen, bevor der Eingriff fortgesetzt wird. Nach der Operation wird besprochen, was passiert ist und wie es das Team beim nächsten Mal besser machen kann.	Vorgeschlagene
PPSR-026	Patientendaten und klinische Informationen sollten kontinuierlich in einem standardisierten Format, entweder handschriftlich oder elektronisch, dokumentiert und aktualisiert werden und für eine spätere Einsichtnahme verfügbar sein.	Alle wichtigen Informationen über die Gesundheit und Versorgung des Patienten werden auf Papier oder im Computer in einer Weise aufgezeichnet, die leicht verständlich und nachvollziehbar ist und für die spätere Behandlung zur Verfügung steht.	Vorgeschlagene

PPSR-027 	Patienten und Pflegepersonen erhalten bei der Entlassung verständliche, vollständige sowie personalisierte Informationen in mündlicher und schriftlicher Form. Diese Entlassinformationen der Patienten, einschließlich Informationen über Änderungen ihrer Medikation oder Verschreibungen, werden an die primäre Gesundheitsversorgung und die sozialen Dienste in der Kommune weitergegeben, um die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten.	Wenn Patienten das Krankenhaus verlassen, erhalten sie alle notwendigen Informationen in einer leicht verständlichen und für sie angepassten Form. Diese Informationen werden auch an andere medizinische Einrichtungen und Dienste weitergegeben, die in ihre Versorgung eingebunden sind. Der wichtigste Teil dieser Informationen betrifft den aktuellen Medikamentenstatus. Dadurch wird sichergestellt, dass alle an der Patientenversorgung beteiligten Personen informiert sind und die bestmögliche Behandlung fortgesetzt werden kann.	Empfohlen
PPSR-028	Patienten, ihre Pflegepersonen und Familienmitglieder wirken während des gesamten Behandlungsprozesses aktiv an ihrer eigenen Sicherheit mit. Sie erhalten Informationen und Anleitungen, wie sie zu ihrer eigenen Sicherheit beitragen können.	Patienten, ihre Pflegepersonen und Familienmitglieder wirken während des gesamten Behandlungsprozesses aktiv an ihrer eigenen Sicherheit mit. Sie erhalten Informationen und Anleitungen, wie sie zu ihrer eigenen Sicherheit beitragen können.	Vorgeschlagene
PPSR-029 	Das medizinische Fachpersonal und Patienten werden darin bestärkt, einen partizipativen Entscheidungsprozess im Behandlungsverlauf umzusetzen, der die Präferenzen der Patienten berücksichtigt. Dieser Prozess sollte die präoperative Besprechung von Behandlungsabschnitten und Entlassungskriterien mit den Patienten, eine Diskussion über Risiken und Vorteile sowie die Bereitstellung umfassender, verständlicher und leicht zugänglicher Informationen für Laien umfassen.	Das medizinische Fachpersonal und Patienten werden ermutigt, gemeinsame Entscheidungen über den Ablauf rund um eine Operation zu treffen. Dabei sollen die Präferenzen des Patienten und das Abwägen zwischen Risiken und Vorteilen berücksichtigt werden. Es wird sichergestellt, dass Informationen besprochen, leicht verständlich erklärt und für die Patienten gut zugänglich sind.	Vorgeschlagene
PPSR-030	Den Patienten steht rund um die Uhr eine Telefonnummer zur Verfügung, unter der sie sich bei postoperativen Komplikationen an medizinisches Fachpersonal wenden können. Die 24-Stunden-Telefonnummer ist jederzeit mit medizinischem Fachpersonal besetzt, um Anrufe entgegen zu nehmen.	Es gibt eine Telefonnummer, die Patienten rund um die Uhr anrufen können, wenn sie nach der Operation Probleme oder Bedenken haben. Medizinisches Fachpersonal wird jederzeit erreichbar sein, um das Gespräch entgegenzunehmen und ihnen zu helfen.	Vorgeschlagene

PPSR-031	Evidenzbasierte Verfahren werden verwendet, um chirurgische Hochrisikopatienten zu identifizieren, die eine vertiefende präoperative Evaluation benötigen, basierend auf: -Alter; -Komorbiditäten; -Medikamentenanamnese und Allergien; -Art der Operation, einschließlich des Risikos starker postoperativer Schmerzen; -Demenz oder kognitive Dysfunktion; -Gebrechlichkeit; -Ernährungszustand (bei allen Patienten, die sich einer größeren Operation unterziehen, wird ein Ernährungsscreening durchgeführt, um eine vor der Operation festgestellte Mangelernährung zu optimieren); -Lebensstilfaktoren; -Psychologische Faktoren; -Funktionsstatus; -Chronischer Schmerz.	Das Krankenhaus führt bestimmte Verfahren durch, um Patienten zu identifizieren, die vor der Operation eine vertiefende Untersuchung benötigen. Dabei werden Informationen zum Alter, zusätzlichen Gesundheitsproblemen, Medikamenten und Allergien, Art der Operation, mentalen und psychologischen Zustand, Gebrechlichkeit und körperlichen Zustand, Ernährung sowie Lebensgewohnheiten herangezogen.	Vorgeschlagene
PPSR-032 	Validierte chirurgische Risiko-Scores werden verwendet und dokumentiert. Die Ergebnisse werden den Patienten mitgeteilt, um eine informierte Entscheidungsfindung zu erleichtern.	Das Krankenhaus verwendet Instrumente zur Bewertung möglicher Probleme während der Operation. Das Behandlungsteam dokumentiert diese Ergebnisse und teilt sie den Patienten mit. So können Patienten und Ärzte gemeinsam besser entscheiden, ob eine Operation die beste Option ist.	Vorgeschlagene
PPSR-033	Hochrisikopatienten werden identifiziert und bei der Operationsplanung priorisiert. Bei schwer kranken Patienten ist eine präoperative Aufnahme zur Stabilisierung und Optimierung vorgesehen.	Personen, die während einer Operation ein hohes Risiko für Komplikationen haben, werden vom Chirurgen identifiziert und erhalten Vorrang für die Operation. Wenn jemand schwer krank ist, kann er oder sie ins Krankenhaus aufgenommen werden, damit der Zustand vor der Operation vor Ort stabilisiert oder verbessert werden kann.	Vorgeschlagene

PPSR-034 	Eine frühzeitige präoperative Evaluation aller Patienten, entweder persönlich oder virtuell, wird vor der Anästhesie durchgeführt, um den Zustand zu optimieren. Falls zwischen der präoperativen Evaluation und dem Datum der Operation eine längere Zeitspanne liegt, sollte eine erneute präoperative Evaluation erfolgen.	Bevor jemand eine Anästhesie erhält (durch Medikamente eingeleiteter Zustand der Empfindungslosigkeit), wird eine persönliche oder virtuelle Untersuchung durchgeführt, um den Gesundheitszustand zu überprüfen und sicherzustellen, dass die Person vor der Operation so gesund wie möglich ist. Diese Untersuchung wird so früh wie möglich durchgeführt und erneut wiederholt, wenn seit der ersten Untersuchung und dem Operationstermin zu viel Zeit vergangen ist.	Vorgeschlagene
PPSR-035	Schriftliche präoperative Richtlinien oder Leitlinien werden festgelegt, einschließlich, jedoch nicht begrenzt auf: -Optimierung und Fortführung/Absetzen der regulären Medikation; -Präoperative Tests und ergänzende Untersuchungen; -Präoperative Anordnung einer möglichen Bluttransfusion; -Präoperative Nüchternheitsphasen.	Schriftliche Regeln und Anweisungen sind für die Zeit vor einer Operation eines Patienten festgelegt. Diese Regeln umfassen unter anderem, wie die regelmäßig eingenommenen Medikamente des Patienten vor und nach der Operation gehandhabt werden und welche Tests oder medizinischen Untersuchungen vor der Operation durchgeführt werden müssen. Auch ein möglicher Bedarf an Bluttransfusionen während der Operation sowie der Zeitpunkt, zu dem der Patient vor der Operation das Essen und Trinken einstellen muss, werden darin festgehalten.	Vorgeschlagene
PPSR-036	Eine gründliche präoperative Untersuchung und Behandlung wird in bestimmten klinischen Situationen ermöglicht, wenn elektive Eingriffe verschoben werden können, und zwar bei: -Patienten mit akutem Koronarsyndrom, bei dem eine nicht-kardiale Operation vorgesehen ist; -Große oder mehrfache Schlaganfälle sowie schwere multiple neurologische Symptome; - Vorbestehende Infektionen, die nicht mit der geplanten Operation in Zusammenhang stehen; - Vorbestehende venöse Thromboembolien; - Anämie bei Patienten mit größeren chirurgischen Eingriffen; - Verschlechterung des Gesundheitszustands bei chronischen Erkrankungen.	Wenn bei einer Person, die eine geplante Operation benötigt, gesundheitliche Probleme vorliegen, kann der Eingriff verschoben werden. In diesem Fall wird sorgfältig geprüft, ob es sinnvoller ist, zuerst die gesundheitlichen Probleme zu behandeln und den Eingriff später durchzuführen. Beispiele für gesundheitliche Probleme, die eine Verschiebung der Operation rechtfertigen können, sind: Ein kürzlich erlittener Herzinfarkt bei Patienten, die keine Herz-Operation benötigen, oder schwere Schlaganfälle oder andere Erkrankungen des Nervensystems, Infektionen, die nicht mit der geplanten Operation zusammenhängen, Blutgerinnsel oder Blutarmut (niedrige Eisenwerte), oder eine chronische (länger andauernde,	Empfohlen

		schwer heilbare) Erkrankung, die sich verschlechtert, bei größeren Operationen.	
PPSR-037	Präoperative Risikofaktoren wie Raucherentwöhnung, Gewichtsreduktion, sowie Kontrolle von Diabetes und Anämie werden wenn möglich in der Primärversorgung optimiert.	Einige Patienten müssen vor ihrer Operation ihre Gesundheit verbessern. Sie erhalten Unterstützung bei der Raucherentwöhnung, beim Abnehmen oder bei der besseren Kontrolle von Diabetes oder Blutarmut. Wenn möglich, werden diese Aufgaben hauptsächlich vom Hausarzt übernommen.	Vorgeschlagene
PPSR-038	Der Bedarf des Patienten, während der perioperativen Phase von einem Familienmitglied, einem Dolmetscher oder einer medizinischen Fachkraft begleitet zu werden, wird während des präoperativen Vorgesprächs besprochen und überprüft. Die Entscheidung basiert auf den Präferenzen des Patienten und der Umsetzbarkeit.	Vor der Operation bespricht das Behandlungsteam mit den Patienten, ob sie möchten, dass ein Familienmitglied, ein Übersetzer oder eine andere Fachkraft während der Operation und der anschließenden Genesung bei ihnen ist. Dabei werden die Wünsche des Patienten berücksichtigt und die Umsetzbarkeit geprüft.	Vorgeschlagene

PPSR-039 	Nationale oder internationale Richtlinien zur Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) werden lokal an die präoperative, intraoperative und postoperative Versorgung angepasst, regelmäßig aktualisiert und so früh wie möglich umgesetzt (in einigen Fällen sogar vor der Bestätigung einer Diagnose), wenn dies angemessen ist.	Das Krankenhaus folgt einem speziellen Behandlungsprogramm, das als Enhanced Recovery After Surgery (auf Deutsch: Beschleunigte Erholung nach chirurgischen Eingriffen) bekannt ist und sich auf optimale Versorgung vor, während und nach der Operation konzentriert. Diese Richtlinien des Behandlungsprogramms werden an die lokalen Gegebenheiten des Krankenhauses angepasst und regelmäßig aktualisiert. Das Behandlungsprogramm wird so früh wie möglich eingeleitet, manchmal sogar vor der Bestätigung einer Diagnose.	Vorgeschlagene
PPSR-040	Der gleiche Standard der perioperativen Versorgung und Nachsorge gilt für alle ambulanten chirurgischen Patienten unabhängig von der jeweiligen Behandlungseinrichtung im Krankenhaus.	Für alle Patienten, die ambulant operiert werden, gilt der gleiche Standard an operativer Versorgung und Nachsorge, unabhängig von der medizinischen Einrichtung, die sie aufsuchen.	Vorgeschlagene
PPSR-041	Patienten mit einer Allgemeinanästhesie oder einer Spinalanästhesie werden sicher an einen Aufwachort transportiert oder bleiben im OP, bis sie sich erholt haben.	Nach der Operation werden Patienten, die eine Vollnarkose oder Spinalanästhesie (einer Methode zur Betäubung von Rückenmarksnerven) erhalten haben, sicher in einen Aufwachraum verlegt oder bleiben im Operationssaal, bis sie vollständig aufgewacht sind.	Vorgeschlagene
PPSR-042	Krankenhäuser haben Protokolle eingeführt, aktualisieren diese regelmäßig, bieten entsprechende Schulungen an und verfügen über die notwendigen Einrichtungen, um die postoperative Versorgung und den Umgang mit häufig auftretenden unerwünschten Vorfällen bei jeder Art von Operation zu gewährleisten.	Das Krankenhaus hat ein Konzept zur Umsetzung der medizinischen Versorgung nach einer Operation und zum Umgang mit unerwünschten Ereignissen umgesetzt. Dieses Konzept umfasst Schulungen, notwendige Einrichtungen und aktualisierte Protokolle für jede Art von Operation, die durchgeführt wird.	Vorgeschlagene
PPSR-043	Das Risiko postoperativer respiratorischer Komplikationen wird präoperativ bewertet und dokumentiert. Eine Strategie zur Vermeidung dieser Komplikationen wird umgesetzt, einschließlich präoperativer Physiotherapie.	Vor der Operation wird das Risiko von Atemproblemen nach der Operation bewertet und dokumentiert. Es gibt ein Verfahren zur Vermeidung dieser Atemprobleme. Eine Möglichkeit, Atemproblemen vorzubeugen, ist Physiotherapie vor der Operation.	Vorgeschlagene

PPSR-044	Wenn der Patient sich einen ambulanten Eingriff unter allgemeiner oder regionaler Anästhesie unterzieht, wird er nur nach einer gründlichen Beurteilung entlassen, um sicherzustellen, dass er die Entlassungskriterien erfüllt. Ein Nachsorgeplan wird bereitgestellt, und eine verantwortliche erwachsene Person muss in den ersten 24 Stunden nach der Entlassung Unterstützung leisten können.	Wenn eine Operation unter bestimmten Arten von Anästhesie (Betäubung) stattfindet und keine Übernachtung im Krankenhaus nötig ist, wird vor der Entlassung geprüft, ob der Patient bereit ist, nach Hause zu gehen. Vor der Entlassung erhält der Patient einen Plan für die weitere Betreuung. Es wird sichergestellt, dass in den ersten 24 Stunden nach der Entlassung eine Begleitperson beim Patienten ist.	Vorgeschlagene
PPSR-045 	Critical Care Outreach Teams (als Schnittstelle zwischen Intensiv- und Normalstation) stehen unmittelbar zur Verfügung und umfassen wesentliche Maßnahmen wie - die Verwendung eines Track-and-Trigger-Warnsystems zur Identifizierung von Risikopatienten; - sofortige Intervention durch ein Rapid-Response-Team oder Notfallteam bei klinischer Verschlechterung; - rechtzeitige Verlegung auf die Intensivstation, wenn erforderlich; - Unterstützung bei der Entlassung und Rehabilitation von Patienten aus der Intensivstation.	Spezielle Dienste, bekannt als „Critical Care Outreach Services“, stehen rund um die Uhr zur Verfügung. Sie umfassen: - Identifizierung von Patienten, die ein hohes Risiko für eine schwerwiegende Verschlechterung haben, mithilfe eines Frühwarnsystems. - Schnelle Vermittlung an Experten mit der erforderlichen technischen Ausrüstung falls erforderlich. - Rasche Verlegung von Patienten auf die Intensivstation, wenn notwendig. - Unterstützung der körperlichen Erholung und allgemeinen Genesung der Patienten, damit sie die Intensivstation sicher und früh verlassen können.	Vorgeschlagene
PPSR-046	Die Kontinuität der Versorgung wird durch Protokolle zu Vereinbarungen mit wichtigen externen Gesundheitsdiensten sichergestellt. Hierzu gehören klinische Pharmazeuten, Ernährungsberater, ambulante Pflegekräfte, Physiotherapeuten sowie psychische und soziale Betreuung.	Ein klares Konzept stellt eine nahtlose Weiterversorgung der Patienten sicher, indem sie bei Bedarf an Gesundheitsdienste außerhalb des Krankenhauses überwiesen werden. Dazu gehören zum Beispiel Apotheker, Ernährungsberater, ambulante Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Fachkräfte für psychische Gesundheit und Sozialarbeiter.	Vorgeschlagene
PPSR-047 	Das Rehabilitationsprogramm wird an die individuellen Bedürfnisse und Merkmale jedes Patienten angepasst, wobei die Atemphysiotherapie bei Bedarf besondere Aufmerksamkeit erhält.	Wenn sich ein Patient von einer Verletzung oder Krankheit erholt, wird der Rehabilitationsplan an die spezifischen Bedürfnisse angepasst. Dazu gehört auch, dass bei Bedarf Atemphysiotherapie durchgeführt wird, um die Atmung zu verbessern.	Empfohlen

PPSR-048	Es werden Protokolle implementiert, um ein zuverlässiges Medikamentenmanagement zu gewährleisten. Dazu gehören die genaue Dokumentation der Medikationshistorie bei der Aufnahme sowie der während des Krankenhausaufenthalts verabreichten Arzneimittel. Es stehen technische Lösungen (Barcodesysteme, computergestützte Verschreibungen, Automatisierungsprozesse in der Apotheke usw.) zur Verfügung. Bestandsprüfung und -verwaltung und Kontrollen hinsichtlich der Belieferung und der Verfallsdaten werden durchgeführt. Es steht geschultes pharmazeutisches Personal zur Bewältigung von Arzneimittelengpässen zur Verfügung. Die Medikamentenlagerung erfolgt unter Berücksichtigung folgender Sicherheitsaspekten: - Trennung von Medikamenten nach generischem Namen und Verpackung; - Trennung von Hochrisiko-Medikamenten mit getrennter Lagerung von Medikamenten zur Allgemeinanästhesie und Spinalanästhesie / periphere Nervenblockaden; - Bereitstellung separater Behälter oder geeigneter Unterteilungen für alle Medikamente; - Beschriftung der Regalfächer oder Lagerbereiche; - Verwendung von "Tall Man Lettering"; - Verwendung von sowohl generischen als auch Markennamen; - Positionierung der Behälter, sodass die Etiketten sichtbar sind; - Vermeidung einer ausschließlich alphabetischen Sortierung.	Es werden Protokolle umgesetzt, um die sichere und zuverlässige Handhabung von Medikamenten zu gewährleisten. Diese Protokolle beinhalten, dass während des Krankenhausaufenthalts genau aufgezeichnet wird, welche Medikamente ein Patient erhält, moderne Technologien wie Barcodes und computergestützte Bestellungen zur Verwaltung eingesetzt werden, die Verfallsdaten überprüft werden und geschultes Apothekenpersonal zur Bewältigung von Medikamentenengpässen zur Verfügung steht. Medikamente werden so gelagert, dass die Sicherheit an erster Stelle steht. Es gibt separate Fächer oder Trennwände, die Lagerfächer sind mit speziellen Kennzeichnungen (sogenanntem „Tall Man Lettering“) versehen, und Medikamente werden nicht nur alphabetisch geordnet. Besonders risikoreiche Medikamente werden zusätzlich von anderen getrennt aufbewahrt.	Empfohlen
PPSR-049 	Alle Mitarbeitenden, die an der Verschreibung, Ausgabe, Zubereitung, Verabreichung und Überwachung von Arzneimitteln beteiligt sind, sind entsprechend geschult und erhalten bei Bedarf eine Supervision.	Alle Teammitglieder, die an der Arzneimitteltherapie beteiligt sind, erhalten die dafür erforderliche Schulung und bei Bedarf fachliche Begleitung und Unterstützung	Vorgeschlagene

PPSR-050 	Die Medikamentenverabreichung wird gemäß den folgenden Sicherheitsprinzipien umgesetzt: 1. Mündliche Anweisungen werden minimiert und standardisiert; 2. Allergien und potenzielle Wechselwirkungen werden überprüft, die Verabreichung wird dokumentiert; 3. Identität der Patienten, Dosierung, Applikation, Zeitpunkt, Konzentrationsstärke und Einstellung der Infusionspumpe, falls verwendet, werden überprüft.	Die Sicherheit bei der Verabreichung von Medikamenten sollte gewährleistet sein, indem mündliche Anweisungen, wenn möglich, vermieden werden. Falls mündliche Anweisungen gegeben werden, sollte die Sprache klar sein. Die Allergien der Patienten und mögliche Wechselwirkungen sollten überprüft werden, und die Verabreichung sollte dokumentiert werden. Die Identität des Patienten, die Medikamentendosis, der Zeitpunkt der Verabreichung, die Konzentrationsstärke und die Verabreichungsart sollten außerdem überprüft werden. Falls bei Patienten eine Infusionspumpe (ein medizinisches Gerät, mit dem kontrolliert Flüssigkeiten verabreicht werden können) verwendet wird, sollte dessen Einstellung überprüft werden.	Vorgeschlagene
PPSR-051	Fertigarzneimittel wie pharmazeutisch vorgefüllte Spritzen mit häufig verwendeten Notfallmedikamenten, sterile Ampullen oder Lösungen (z. B. niedrig dosierte Lokalanästhetika gemischt mit Opioiden für die Regionalanästhesie). Wenn pharmazeutisch vorgefertigte Medikamente nicht vorhanden sind, werden im Krankenhaus nach standardisiertem Verfahren Lösungen hergestellt.	Das Krankenhaus verwendet vorgefertigte Medikamente wie vorgefüllte Spritzen mit Notfallmedikamenten oder vorgefertigte Beutel mit einer Zusammensetzung von Medikamenten zur Schmerzbehandlung. Das Krankenhaus verwendet auch sterile Ampullen (kleine, versiegelte Behälter mit Medikamenten). Wenn diese vorgefertigten Medikamente nicht verfügbar sind, werden Lösungen im Krankenhaus nach einem standardisierten Verfahren hergestellt.	Vorgeschlagene
PPSR-052 	Infusionsbeutel und Spritzen mit Arzneimitteln entsprechen der von der Anästhesie empfohlenen Beschriftung und farbigen Kennzeichnung. Außerhalb des sterilen Bereichs zubereitete Lösungen sind deutlich gekennzeichnet mit Informationen zur Patientenidentifikation, Namen und Mengenangaben aller Wirkstoffe, dem Namen oder den Initialen der Person, die die Lösung hergestellt hat, dem Datum der Herstellung sowie dem Datum und Zeitangaben zur Verwendbarkeit der Lösung.	Medikamente, die über Infusionen oder Spritzen verabreicht werden, sind mit klaren Informationen beschriftet. Diese umfassen Informationen zur Identifikation des Patienten, den Namen des Medikaments, die Mengen aller Wirkstoffe sowie den Namen der Person, die das Medikament zubereitet hat. Außerdem werden das Herstellungsdatum und das Ablaufdatum angegeben. Die farbige Kennzeichnung folgt standardisierten Vorgaben, damit Anästhesisten	Vorgeschlagene

		verschiedene Medikamente leicht unterscheiden können.	
PPSR-053 	Ähnlich klingende und ähnlich aussehende Arzneimittel (Sound-alike und Look-alike) werden nach Möglichkeit vermieden und systematisch getrennt gelagert.	Ähnlich klingende und ähnlich aussehende Medikamente werden nach Möglichkeit vermieden und getrennt gelagert.	Vorgeschlagene
PPSR-054 	Einzel dosis-/ Einweg- Ampullen oder Verabreichungsinstrumente werden für einen einzelnen Patienten verwendet. Nicht verwendete, geöffnete oder zubereitete Arzneimittel werden am Ende der Behandlung entsorgt.	Einwegmedikamentenbehälter werden nur für einen Patienten verwendet. Alle ungenutzten oder verbleibenden Medikamente aus einem geöffneten Behälter werden nach der Behandlung entsorgt.	Vorgeschlagene
PPSR-055	Bei neuraxialen Anwendungen und Bolusinjektionen werden spezifische NR-Fit-Anschlüsse (ISO 80369-6) anstelle von intravenösen Luer-Anschlüssen verwendet.	Wenn medizinische Fachkräfte Medikamente direkt in das Rückenmark verabreichen, verwenden sie spezielle Verbindungen namens NR-Fit (ISO 80369-6). Diese NR-Fit-Verbindungen sind speziell für diese Art von Verfahren entwickelt worden und sind sicherer, da sie das Risiko von Fehlverbindungen sowie einer versehentlichen Verabreichung von Medikamenten über einen falschen Zugang verringern.	Vorgeschlagene

PPSR-056	Eine Patient Blood Management (PBM) - Strategie ist im Krankenhaus etabliert. Sie umfasst die Identifizierung von Eingriffen mit mittlerem bis hohem Blutungsrisiko vor der Operation, den Einsatz multidisziplinärer perioperativer Maßnahmen zur Reduktion des Blutverlustes sowie die Festlegung einer restriktiven Transfusionsrichtlinie, die sich an dem klinischen Zustand des Patienten statt eines festen Hämoglobin-Grenzwertes orientiert.	Das Krankenhaus hat ein sogenanntes Patient Blood Management Programm. Es beinhaltet das Identifizieren von Eingriffen mit mittlerem bis hohem Blutungsrisiko bereits vor der Operation. Ein Team aus verschiedenen Spezialisten arbeitet zusammen, um Maßnahmen zur Vermeidung des Blutverlustes vor und während der Operation umzusetzen. Basierend auf dem gesundheitlichen Zustand des Patienten, anstatt sich ausschließlich auf eine bestimmte Konzentration von Hämoglobin (rote Blutkörperchen) im Blut zu verlassen, werden Bluttransfusionen nur dann gegeben, wenn sie erforderlich sind.	Empfohlen
PPSR-057 	Die folgenden Protokolle für alle Patienten, die eine Bluttransfusion oder Blutprodukte erhalten, sind implementiert: 1. Identifizierung des Patienten; 2. Doppelte Überprüfung der Blutgruppe; 3. Zeitpunkt und Ort der Transfusion; 4. Überprüfung der Ausrüstung; 5. Administrative Verfahren für Materialien, Blutprodukte und Medikamente; 6. Überwachung des Patienten; 7. Dokumentation des Prozesses zur Gewährleistung der Rückverfolgbarkeit von Transfusionen; 8. Meldung von Problemen im Zusammenhang mit der Transfusion; 9. Der Transport und die Bereitstellung von Blut und Blutkomponenten müssen in allen Phasen der Transfusionskette unter Bedingungen erfolgen, die die Unversehrtheit des Produkts gewährleisten.	Wenn ein Patient eine Bluttransfusion erhält, müssen bestimmte Protokolle befolgt werden. Diese Protokolle beinhalten: 1. Überprüfung der Identität des Patienten und der Blutgruppe; 2. Sicherstellen, dass die Ausrüstung korrekt ist und der Zeitpunkt sowie der Ort der Transfusion angemessen sind; 3. Administrative Verfahren für den Umgang mit Materialien, Blutprodukten und Medikamenten; 4. Der Patient muss während der Transfusion engmaschig überwacht werden; 5. Der Prozess muss ordnungsgemäß dokumentiert werden, um sicherzustellen, dass alle Schritte nachvollziehbar sind; 6. Alle Probleme, die während der Transfusion auftreten, müssen gemeldet werden; 7. Das Blut und die Blutbestandteile müssen auf eine Weise transportiert und verteilt werden, die ihre Sicherheit und Unversehrtheit gewährleistet.	Vorgeschlagene

PPSR-058	Ein multidisziplinäres Protokoll für Massentransfusionen wird lokal angepasst und implementiert, um eine effektive und schnelle Intervention zu ermöglichen und die Auswirkungen von Hypovolämie und Koagulopathie zu verringern.	Das Krankenhaus setzt ein sogenanntes "multidisziplinäres Protokoll für Massentransfusionen" um, um Patienten zu helfen, die viel Blut verloren haben. Der Protokoll hilft den Ärzten und Pflegekräften dabei, schnell zu handeln und den Patienten die richtige Behandlung zu geben, um die Blutung zu stoppen. Dieses Protokoll sollte an die jeweilige Einrichtung speziell angepasst werden.	Vorgeschlagene
PPSR-059	Ein Raumplan des Operationssaals wird definiert, um sichere Logistik und chirurgische Sterilität zu gewährleisten. Der Bereich wird in vier Bereiche unterteilt: die sterile Zone, der Bewegungsbereich, der Bereich für bewegliche Geräte sowie die Anästhesiezone.	Der Operationssaal ist in vier Bereiche unterteilt, um die Sicherheit der Operationen zu erhöhen. Diese Bereiche sind die sterile Zone (wo die Operation durchgeführt wird), der Bereich in dem sich das Team bewegt, der Bereich für bewegliche Geräte und der Bereich für den Anästhesisten. Dies fördert die Sterilität und Sicherheit während der Operation.	Vorgeschlagene
PPSR-060 	Chirurgische Bereiche sind vor Umweltkontamination aufgrund von Renovierungen oder anderen Bauarbeiten geschützt.	Chirurgische Bereiche sind geschützt, damit bei Renovierungen oder anderen Bauarbeiten keine Verunreinigungen eindringen können.	Vorgeschlagene
PPSR-061	Um chirurgische Wundinfektionen (Englisches Akronym: SSI = Surgical Site Infection) zu verhindern, implementiert das perioperative Team eine Reihe standardisierter aseptischer und antibiotischer Maßnahmen. Dazu gehört die Verabreichung eines systemischen Antibiotikums innerhalb von 120 Minuten vor dem Hautschnitt bei Operationen mit hohem SSI-Risiko sowie die Verwendung einer alkoholbasierten Chlorhexidinlösung zur Hautantiseptik. Während des Eingriffs berücksichtigt das Team die Halbwertszeit des Antibiotikums und kann eine weitere Dosis verabreichen, vermeidet jedoch eine Anwendung nach Abschluss des Eingriffs.	Um Infektionen während der Operation zu verhindern, folgt das chirurgische Team einem bestimmten Verfahren. Bei einem hohen Infektionsrisiko erhält der Patient innerhalb von zwei Stunden vor der Operation ein Antibiotikum, um das Risiko einer Infektion zu verringern. Die Haut des Patienten wird mit einer speziellen alkoholhaltigen Lösung gereinigt. Während der Operation kann dem Patienten eine weitere Dosis des Antibiotikums verabreicht werden, jedoch findet nach der Operation keine weitere Verabreichung statt.	Empfohlen

PPSR-062 	Alle Mitglieder des perioperativen Teams führen die Händehygiene in jedem vorgeschriebenen Schritt gemäß den Standardempfehlungen durch. Vor dem Anlegen von sterilen Kitteln und der Handschuhen erfolgt die chirurgische Händehygiene durch Verwendung geeigneter antiseptischer Seife oder einem Händedesinfektionsmittel auf Alkohol-Basis.	Alle Mitglieder des chirurgischen Teams reinigen ihre Hände nach bestimmten Vorgaben, um die Verbreitung von Infektionen durch Keime zu verhindern. Bevor sie sterile Kleidung und Handschuhe anziehen, waschen sie ihre Hände mit Seife und Wasser oder verwenden ein alkoholbasiertes Händedesinfektionsmittel.	Vorgeschlagene
PPSR-063	Der Blutzuckerspiegel wird in der perioperativen Phase bei Patienten mit einem Risiko für Hyperglykämie, bei diabetischen Patienten sowie bei nicht-diabetischen Patien, die sich einer größeren Operation unterziehen, überwacht, um das Risiko von Infektionen zu verringern. Falls erforderlich, wird Hyperglykämie behandelt, mit dem Ziel, Werte unter 150-180 mg/dL (8,33-10 mM) zu erreichen.	Der Blutzuckerspiegel wird sowohl bei Patienten mit Diabetes als auch bei Patienten ohne Diabetes, die sich einer größeren Operation unterziehen, vor während und nach der Operation überprüft. Wenn die Werte zu hoch sind, wird der Patient behandelt, um das Infektionsrisiko nach der Operation zu verringern. Ziel ist es, den Blutzuckerspiegel in einem empfohlenen Bereich zu halten.	Empfohlen
PPSR-064	Um das Infektionsrisiko zu minimieren, werden sterile Handschuhe nach dem Abdecken sowie vor der Handhabung von Implantaten gewechselt. Darüber hinaus werden die Handschuhe bei sichtbarer Perforation gewechselt.	Um Infektionen während der Operation zu verhindern, verwendet das chirurgische Team neue sterile (keimfreie) Handschuhe, wenn es mit Implantaten arbeitet oder wenn die Handschuhe ein sichtbares Loch haben.	Vorgeschlagene
PPSR-065	Bei Eingriffen, die als sauber-kontaminiert, kontaminiert und manifestiert infiziert klassifiziert sind, wird ein separates steriles Set zum Verschließen der Wunde verwendet	Wenn eine Operation ein erhöhtes Infektionsrisiko mit sich bringt, weil die betroffene Körperstelle nicht steril (keimfrei) ist, wird ein separates Set an Instrumenten verwendet, um die Wunde nach Abschluss der Operation zu verschließen. Dies verringert das Infektionsrisiko.	Vorgeschlagene
PPSR-066 	Der Operationssaal wird nach einem Eingriff in einem kontaminierten Gebiet gründlich gereinigt, bevor eine weitere Operation stattfindet. Dies wird gemäß lokal angepassten nationalen oder internationalen Standards durchgeführt.	Nach einer Operation, bei der schädliche Bakterien oder andere Keime vorhanden sein könnten, wird der Operationssaal gründlich gereinigt, bevor dort eine weitere Operation durchgeführt wird. Diese Reinigung erfolgt nach festgelegten Regeln, die von den örtlichen oder nationalen Behörden vorgegeben sind.	Vorgeschlagene

PPSR-067 F	Zentrale Venenkatheter werden unter Einhaltung steriler Techniken gelegt wie Händehygiene und Verwendung steriler Barriersysteme inklusive steriler OP-Kittel, Handschuhe, Kopfbedeckungen, Masken, die sowohl Mund und Nase bedecken, Patientenabdeckungen und Augenschutz, um Infektionen zu vermeiden.	Ein zentraler Venenkatheter ist ein langer, dünner Schlauch, der in eine große Vene des Körpers eingeführt wird, normalerweise im Bereich des Halses, der Brust oder der Leiste. Um das Risiko einer Infektion möglichst gering zu halten, müssen bei der Anlage strenge Hygienemaßnahmen eingehalten werden. Dazu gehören gründliches Händewaschen sowie das Tragen von spezieller Schutzkleidung wie Handschuhe, Kittel, Maske und Augenschutz, um das Eindringen von Keimen in den Körper des Patienten zu verhindern.	Vorgeschlagene
PPSR-068	Periphere Venenkatheter werden unter aseptischen Bedingungen gelegt. Anzeichen einer Phlebitis werden täglich überprüft.	Ein peripherer Venenkatheter ist ein dünner, flexibler Schlauch, der in eine Vene im Arm, an der Hand oder am Fuß eingeführt wird. Periphere Venenkatheter werden mit großer Sorgfalt unter strikter Einhaltung strenger Hygienevorgaben gelegt. Die Einstichstelle des Katheters wird täglich auf Anzeichen einer Entzündung überprüft.	Vorgeschlagene
PPSR-069	Harnwegskatheter werden nicht routinemäßig verwendet. Falls sie eingesetzt werden, müssen sie unter aseptischen Bedingungen gelegt und gehandhabt werden.	Ein „Harnkatheter“ ist ein dünner, flexibler Schlauch, der über die Harnröhre (die Röhre, die den Urin aus dem Körper leitet) in die Blase eingeführt wird, um den Urin abzuleiten. Harnkatheter werden nur verwendet, wenn sie unbedingt notwendig sind. Sie werden unter Einhaltung strenger Hygienevorgaben gelegt, um Infektionen zu verhindern.	Vorgeschlagene
PPSR-070	Die klinische Indikationen für invasive Medizinprodukte wie zentrale Venenkatheter, periphere Zugänge, Katheter, nasogastrale Sonden und Drainagen werden täglich überprüft, um diese umgehend zu entfernen, wenn sie nicht mehr benötigt werden.	Jeden Tag überprüft das Behandlungsteam, ob Medizinprodukte wie Schläuche oder Katheter, die sich im Körper eines Patienten befinden, noch notwendig sind. Wenn sie nicht mehr benötigt werden, werden sie umgehend entfernt.	Empfohlen

PPSR-071	Wenn möglich, wird ein minimalinvasiver Eingriff durchgeführt, um die Größe des Hautschnitts zu minimieren und das Risiko von Komplikationen zu reduzieren.	Wenn möglich werden bei Operationen weniger invasive Techniken angewendet mit möglichst kleinen Einschnittstellen, um das Komplikationsrisiko zu verringern.	Empfohlen
PPSR-072	Alarmgrenzen werden spezifisch für jeden Patienten und jeden Eingriff eingestellt.	Die Alarmgrenzen werden für jeden Patienten individuell angepasst, basierend auf den individuellen Bedürfnissen und der Art der Eingriffe. Die Alarmer helfen dem Behandlungsteam, die Körperfunktionen des Patienten zu überwachen und sicherzustellen, dass der Eingriff reibungslos verläuft.	Vorgeschlagene
PPSR-073	Die Tiefe der Anästhesie wird überwacht und innerhalb der empfohlenen Grenzwerte gehalten, um intraoperative Erwachensphasen und postoperative Delirien zu verhindern, insbesondere bei der Anwendung von totaler intravenöser Anästhesie oder neuromuskulärer Blockade.	Während der Operation kontrollieren medizinische Fachkräfte genau, wie gut der Patient innerhalb der empfohlenen Grenzen betäubt wird. Dies geschieht, um sicherzustellen, dass der Patient während der Operation nicht aufwacht oder danach verwirrt und unruhig wird.	Empfohlen
PPSR-074	Bei Patienten unter Allgemeinanästhesie wird eine protektive Beatmungsstrategie eingesetzt, einschließlich eines Tidalvolumens von 6-8 ml/kg vorhergesagtem Körpergewicht, individuell angepasstem positivem endexpiratorischem Druck (PEEP), über 5 cm H ₂ O, sowie der Durchführung von Rekrutierungsmanövern.	Während der Vollnarkose wird eine Beatmungsstrategie angewendet, um die Lunge des Patienten zu schützen. Dazu gehört, dem Patienten mit jedem Atemzug eine bestimmte Luftmenge zuzuführen, am Ende jedes Atemzugs jedoch einen gewissen Luftdruck in den Atemwegen aufrechtzuerhalten (dies wird positiver endexpiratorischer Druck (PEEP) genannt) und bestimmte Atemübungen (sogenannte Rekrutierungsmanöver) durchzuführen, um die Lungenfunktion zu erhalten.	Vorgeschlagene

PPSR-075	Der Insufflationsdruck wird während der Laparoskopie kontinuierlich überwacht und auf dem minimal erforderlichen Niveau zur Aufrechterhaltung des Pneumoperitoneums eingestellt, gemäß den Anweisungen des leitenden Chirurgen. Die üblicherweise empfohlenen Grenzwerte liegen bei 1,6–2,0 kPa (12–15 mmHg) für das Pneumoperitoneum sowie 1,1–1,6 kPa (8–12 mmHg) für den intraabdominellen Druck während des Eingriffs. Diese Werte können jedoch je nach Patientenzustand und Art des Eingriffs variieren und müssen gegebenenfalls durch das chirurgische oder anästhesiologische Team angepasst werden.	Während einer Laparoskopie, einem Verfahren zur Untersuchung und Durchführung einer Operation im Bauchraum (Abdomen) mit einer teleskopischen Kamera durch einen kleinen Schnitt in der Haut, wird die in den Bauchraum eingepumpte Luftmenge überprüft und auf das niedrigstmögliche Niveau gehalten, das eine gute Sicht und ausreichend Arbeitsraum ermöglicht. Dies hängt vom Zustand des Patienten oder der Art der Operation ab.	Empfohlen
PPSR-076	Dantrolen ist innerhalb von 10 Minuten nach den ersten Anzeichen einer malignen Hyperthermie verfügbar.	Es ist wichtig, dass das Medikament Dantrolen innerhalb von 10 Minuten nach den ersten Anzeichen einer gefährlichen Komplikation namens Maligne Hyperthermie (eine schwere Reaktion auf die Anästhesie) verfügbar ist. Dies stellt eine schnelle Behandlung sicher und hilft, schwerwiegende Komplikationen zu verhindern.	Vorgeschlagene
PPSR-077	Intraoperative chirurgische und anästhesiologische Strategien werden eingesetzt, um das Auftreten einer möglichen Knochenzementreaktion zu reduzieren.	Während orthopädischer Operationen bei denen Knochenzement verwendet wird (Knochenzement ist ein Werkstoff der als Befestigungsmaterial oder Knochenersatz verwendet wird), besteht das Risiko einer Komplikation namens "Knochenzementreaktion". Um dieses Risiko zu verringern, ergreifen die Operationsteams während des chirurgischen Eingriffs bestimmte Maßnahmen.	Vorgeschlagene

PPSR-078 	Die folgenden Verfahren werden zur Vermeidung belassener Fremdkörper festgelegt: 1. Verfahren, bei denen keine oder reduzierte Zählungen erforderlich sind; 2. Welche Artikel gezählt werden sollen; 3. Reihenfolge und Gruppierung der Zählung; 4. Wann die Zählungen durchgeführt werden sollen; 5. Minimierung von Lärm, Ablenkungen und Unterbrechungen beim Zählen; 6. Maßnahmen bei Inkonsistenz einer Zählung; 7. Einsatz von Röntgenuntersuchungen und/oder zusätzlichen Technologien; 8. Meldung von Problemen.	Das Krankenhaus hat bestimmte Regeln festgelegt, um sicherzustellen, dass nach einer Operation keine Gegenstände im Körper zurückbleiben (z. B. durch das Zählen der verwendeten Materialien und Instrumente). Diese Regeln umfassen: 1. Bestimmen, wann das Zählen ausgelassen werden kann. 2. Bestimmen, welche Instrumente gezählt werden müssen. 3. Die Reihenfolge und Gruppierung des Zählens. 4. Festlegen, wann die Instrumente gezählt werden sollen. 5. Den Bereich ruhig und frei von Unterbrechungen halten, während die chirurgischen Instrumente gezählt werden. 6. Festlegen, was zu tun ist, wenn die gezählten Instrumente nicht übereinstimmen. 7. Einsatz von Röntgenaufnahmen oder anderen Methoden, um sicherzustellen, dass nichts im Körper einer Person zurückbleibt. 8. Melden von Problemen.	Vorgeschlagene
PPSR-079	Um neuromuskuläre Restblockaden zu verhindern und respiratorische Komplikationen zu reduzieren, sollte die Aufhebung der neuromuskulären Blockade überprüft werden, bis ein Train-of-Four (TOF)-Verhältnis von mindestens 0,9 im Musculus adduktor pollicis während der Narkoseausleitung vor der Extubation erreicht ist.	Wenn einem Patienten während der Operation ein Medikament verabreicht wird, um die Muskeln zu lähmen, ist es wichtig sicherzustellen, dass die Wirkung des Medikaments vollständig nachlässt, bevor der Beatmungsschlauch entfernt wird. Medizinische Fachkräfte überprüfen dies mit einer elektrischen Stimulation namens Train-of-Four (TOF)-Ratio, die die Muskelaktivität misst. Die TOF-Ratio sollte bei 0,9 oder höher liegen, was bedeutet, dass die Muskeln wieder normal zu arbeiten beginnen. Dies ist wichtig, da der Patient, wenn er beim Entfernen des Beatmungsschlauchs noch teilweise gelähmt ist, möglicherweise Schwierigkeiten beim selbstständigen Atmen hat und Komplikationen entwickeln könnte.	Empfohlen

PPSR-080	Das Krankenhaus hat Protokolle für Patienten mit höherem Risiko (z. B. bei Adipositas, schwierigen Atemwegen oder Diabetes mellitus) oder mit zusätzlichen Anforderungen erstellt und implementiert. Diese Protokolle beinhalten klare Angaben zur Autorenschaft, zum Überprüfungs- und Veröffentlichungsdatum und unterliegen einer Aufsicht.	Das Krankenhaus hat spezifische Protokolle für Patienten, die einem höheren Risiko ausgesetzt sind (z. B. Patienten mit starkem Übergewicht, bei denen es schwierig ist, den Atemweg während der Operation frei zu halten oder Patienten mit Diabetes) oder Patienten, die besondere Aufmerksamkeit benötigen. Diese Protokolle beinhalten Angaben über die Autoren der Protokolle, das Erstellungsdatum, den vorgesehenen Daten zur Überprüfung und Richtlinien zur Überwachung.	Suggested
PPSR-081	Patienten mit einer Hüftfraktur werden so früh wie möglich oder innerhalb von 36 Stunden nach der Aufnahme chirurgisch behandelt, sofern keine Kontraindikation vorliegt.	Wenn sich jemand die Hüfte bricht, wird die Operation so schnell wie möglich durchgeführt, idealerweise innerhalb von 36 Stunden nach der Aufnahme ins Krankenhaus.	Vorgeschlagene
PPSR-082	Ab dem Zeitpunkt der chirurgischen Indikation sollten Überwachungs- und Alarmsysteme eingerichtet sein, um das verantwortliche Personal umgehend zu benachrichtigen, wenn sich der Zustand eines Patienten, der auf eine Operation wartet, verschlechtert.	Es sollte ein System eingerichtet sein, welches das zuständige Krankenhauspersonal sofort benachrichtigt, wenn sich der Zustand eines Patienten, der auf eine Operation wartet, plötzlich verschlechtert.	Empfohlen
PPSR-083	Bei älteren und gefährdeten Patienten wird ein Depressionsscreening in der prä- und postoperativen Phase durchgeführt.	In den Zeiträumen vor und nach der Operation überprüft das Behandlungsteam, ob bei älteren Patienten und bei Patienten mit einem Risiko für Depressionen Anzeichen einer Depression bestehen.	Vorgeschlagene
PPSR-084 	Das perioperative Management gebrechlicher Patienten erfordert einen multidisziplinären Ansatz, einschließlich: 1. Therapiedienste (körperliche, ernährungsbezogene, und neurologische Maßnahmen); 2. Sozialdienste; 3. Entlassungsplanung; 4. Ärzte oder Geriater mit Expertise im Bereich Gebrechlichkeit.	Ein Team aus verschiedenen Experten arbeitet zusammen, um gebrechliche Patienten (d. h. Menschen, die körperlich und/oder geistig geschwächt und besonders anfällig sind) vor, während und nach der Operation zu betreuen. Dazu gehören Therapeuten, Sozialarbeiter und Ärzte mit Erfahrung in der Behandlung gebrechlicher Patienten.	Vorgeschlagene

PPSR-085	Die perioperative Anwendung von Thrombozytenaggregationshemmern basiert auf dem thrombotischen Risiko des Patienten, dem Blutungsrisiko des Eingriffs sowie den aktuellen Leitlinien.	Gerinnungshemmende Medikamente zur Verhinderung von Blutgerinnseln werden vor, während und nach der Operation entsprechend dem individuellen Risiko des Patienten für Blutgerinnsel und Blutungen während der Operation angepasst. Das Behandlungsteam arbeitet nach aktuellen Leitlinien.	Vorgeschlagene
PPSR-086	Um das Risiko einer Aspiration während der Operation zu minimieren, wird den Patienten empfohlen, sich an das präoperative Nüchternheitsgebot für klare Flüssigkeiten zu halten und mindestens sechs Stunden vor dem Eingriff keine feste Nahrung mehr zu sich zu nehmen. Allerdings können Ausnahmen bestehen, abhängig vom spezifischen klinischen Zustand des Patienten sowie der Art des Eingriffs.	Um das Risiko zu verringern, dass während der Operation Essen oder Flüssigkeit in die Lunge gelangt, sollten Patienten in den sechs Stunden vor der Operation keine feste Nahrung zu sich zu nehmen. Klare Flüssigkeiten dürfen jedoch bis wenige Stunden vor der Operation getrunken werden. In einigen Fällen kann es jedoch Ausnahmen geben, abhängig von der gesundheitlichen Situation des Patienten und der Art der Operation. Wer unsicher ist oder Fragen zum Nüchternbleiben hat, sollte sich vor der Operation mit dem behandelnden Arzt oder dem Behandlungsteam besprechen.	Vorgeschlagene

PPSR-087 	Das Krankenhaus trifft Vorsichtsmaßnahmen zur Vermeidung von Brandgefahren, indem potenzielle Gefahren, einschließlich medizinischer Geräte, identifiziert werden. Es werden sichere Kommunikationspraktiken, Präventionsmaßnahmen, Evakuierungspläne und Strategien zur Brandbekämpfung etabliert. Während chirurgischer Eingriffe, die die Atemwege des Patienten betreffen und medizinische Gasversorgung beinhalten, wie z.B. Eingriffe oberhalb des Xiphoids, werden spezielle Maßnahmen ergriffen, um Brände zu verhindern: - Vor dem Einsatz einer Zündquelle im Gesichts-, Kopf- oder Halsbereich informiert der Chirurg den Anästhesisten. - Der Anästhesist reduziert die Zufuhr von zusätzlichem Sauerstoff auf das Minimum, das zur Vermeidung einer Hypoxie erforderlich ist - Nach einigen Minuten Wartezeit informiert der Anästhesist den Chirurgen, dass die Zündquelle verwendet werden kann - Der Anästhesist evakuiert angesammeltes Anästhesiegas, bevor eine Zündquelle in einer Sauerstoff angereicherten Umgebung verwendet wird.	Um Brände während chirurgischer Eingriffe zu verhindern, identifiziert das chirurgische Team potenzielle Brandgefahren, einschließlich elektrischer Geräte, und entwickelt sichere Kommunikations-, Präventions-, und Evakuierungspläne sowie Strategien zur Brandbekämpfung. Wenn die Operation die Atemwege des Patienten betrifft und die Verabreichung von medizinischen Gasen vorgesehen ist, ergreift das Krankenhaus bestimmte Vorsichtsmaßnahmen zur Brandvermeidung: - Vor der Nutzung von Geräten, die Funken erzeugen könnten, insbesondere im Bereich von Gesicht, Kopf oder Hals, wird das Anästhesieteam durch das chirurgische Team informiert. - Die Sauerstoffzufuhr wird auf das niedrigste sichere Maß reduziert, um das Brandrisiko zu senken. - Nach einer kurzen Wartezeit wird überprüft, ob der Einsatz von Geräten, die Funken erzeugen können, sicher ist. - Vor der Nutzung solcher Geräte wird sichergestellt, dass keine Reste von Narkosegas in sauerstoffreichen Bereichen vorhanden sind.	Empfohlen
PPSR-088	Nationale oder internationale Leitlinien für das Management schwieriger Atemwege sind implementiert und an die lokalen Gegebenheiten angepasst. Diese Leitlinien beinhalten eine Risikobewertung, die Verwendung spezieller Ausrüstung, geeignete Managementstrategien und die Dokumentation des Vorfalls.	Wenn es während einer Operation schwierig ist, die Atmung des Patienten sicherzustellen oder aufrechtzuerhalten, folgt das Anästhesieteam bewährten nationalen oder internationalen Richtlinien, um die Situation zu bewältigen. Dazu gehören die Bewertung des Risikos, der Einsatz spezieller Geräte, eine klare Regelung für den Umgang mit dem Problem, und die Dokumentation des Vorfalls, um daraus für die Zukunft zu lernen.	Vorgeschlagene

PPSR-089 F	Die Erkennung, Überwachung, Vorbeugung und Behandlung einer akzidentielle Lokalanästhetika-Intoxikation (LAST) ist entscheidend. Um eine rechtzeitige Intervention zu gewährleisten, müssen Notfall-Sets unmittelbar erreichbar sein und eine 20%ige Lipidemulsion, sowie eine verständliche Verfahrensanweisung für dessen Anwendung enthalten.	Es ist wichtig, die möglichen schädlichen Auswirkungen einer Lokalanästhesie (örtlichen Betäubung) auf den gesamten Körper zu erkennen, zu überwachen, vorzubeugen und zu behandeln wenn erforderlich. Diese Reaktion wird „akzidentielle Lokalanästhetika-Intoxikation“ (LAST) genannt. Um sicherzustellen, dass das Behandlungsteam im Notfall schnell eingreifen kann, sollten Notfall-Sets jederzeit griffbereit sein. Diese enthalten eine spezielle Fettlösung (20 % Lipidemulsion), die helfen kann, die schädlichen Wirkungen des Betäubungsmittels zu verringern. Zudem sind klare Anweisungen zur korrekten Anwendung der Lösung enthalten.	Vorgeschlagene
PPSR-090	Eine multimodale Prophylaxe gegen postoperative Übelkeit und Erbrechen wird routinemäßig auf Basis einer Risikobewertung angewendet. Rechtzeitige Notfallbehandlungen mit verschiedenen Klassen von Antiemetika werden eingeleitet.	Nach Operationen passiert es, dass Patienten Übelkeit verspüren oder sich übergeben müssen. Um dies zu verhindern, identifiziert das Behandlungsteam Patienten mit einem erhöhtem Risiko und wendet verschiedene Methoden zur Vorbeugung an. Falls ein Patient dennoch Übelkeit verspürt oder sich übergeben muss, werden so schnell wie möglich geeignete Medikamente verabreicht.	Empfohlen
PPSR-091	Eine unbeabsichtigte perioperative Hypothermie wird durch kontinuierliche Überwachung der Körpertemperatur und aktiver Erwärmung gemäß den aktuellen Leitlinien verhindert.	Vor, während und nach der Operation wird die Körpertemperatur des Patienten sorgfältig überwacht, um sicherzustellen, dass sie im sicheren Bereich bleibt. Wenn die Körpertemperatur des Patienten zu stark absinkt, werden aktive Wärmemaßnahmen ergriffen, um die Körpertemperatur wieder in einen sicheren Bereich zu bringen.	Empfohlen

PPSR-092 	Um das Risiko einer venösen Thromboembolie (VTE) zu verringern, erhalten alle Patienten eine leitliniengerechte Risikobewertung und Prophylaxe venöser Thromboembolien. Diese umfassen: - Medikamentöse und/oder mechanische Thromboseprophylaxe bei Patienten und Eingriffen mit VTE-Risiko; - Fortsetzung der medikamentösen Thromboseprophylaxe in der postoperativen Phase bei Patienten mit hohem VTE-Risiko; -Allgemeine Thromboseprophylaxe wie frühe Mobilisation und optimale Flüssigkeitszufuhr bei Patienten mit geringem VTE-Risiko - Sofern erforderlich, leitliniengerechte verzögerte Anwendung niedermolekularer Heparine nach Regionalanästhesie oder Eingriffen mit hohem Blutungsrisiko.	Alle Patienten werden auf das Risiko von Blutgerinnseln untersucht, und bei Bedarf wird eine geeignete Behandlung eingeleitet. Dazu gehört die Verwendung von Medikamenten und/oder speziellen Geräten zur Verhinderung von Blutgerinnseln bei Patienten mit hohem Risiko. Patienten werden ermutigt, so bald wie möglich nach der Operation aufzustehen und sich zu bewegen sowie ausreichend Flüssigkeit zu trinken. Die Gabe von Medikamenten zur Vorbeugung von Blutgerinnseln kann verzögert werden, wenn der Patient eine Operation mit einem hohen Blutungsrisiko hatte.	Empfohlen
PPSR-093	Um die Häufigkeit postoperativer Komplikationen zu verringern und die Krankenhausaufenthalte zu verkürzen, wird eine individualisierte und zielgerichtete hämodynamische Therapie eingesetzt, um große Blutdruckschwankungen in der perioperativen Phase zu vermeiden. Bei Hochrisikopatienten können Herzzeitvolumen-Monitore verwendet werden, um Flüssigkeiten und Inotropika zu steuern.	Um das Risiko von Komplikationen und die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus nach einer Operation zu verringern, verwendet das medizinische Fachpersonal eine Technik namens „zielgerichtete hämodynamische Therapie“. Dies bedeutet, dass sie versuchen, den Blutdruck des Patienten während der Operation stabil zu halten, indem sie spezielle Überwachungsgeräte verwenden, um die vom Herzen gepumpte Blutmenge zu messen, und die verabreichte Menge an Flüssigkeiten und Medikamenten entsprechend anzupassen.	Empfohlen
PPSR-094	Im Aufwachbereich werden die Patienten stets überwacht und niemals allein gelassen, wobei gleichzeitig sichergestellt wird, dass ihre Privatsphäre und Würde gewahrt bleiben.	Nach der Operation kommen die Patienten in einen Bereich, der Aufwachraum genannt wird. Hier werden sie laufend überwacht, sodass sie niemals allein gelassen werden. Gleichzeitig wird ihre Privatsphäre und Würde aber respektiert.	Vorgeschlagene

PPSR-095	Nicht-invasive Beatmung (NIV) oder kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP) wird unmittelbar nach der Extubation bei hypoxämischen Patienten eingesetzt, die ein Risiko für die Entwicklung eines akuten Lungenversagens nach einer Bauchoperation haben.	Bei Patienten mit einem Risiko für Atemprobleme nach einer Bauchoperation wird unmittelbar nach der Entfernung des Beatmungsschlauchs eine Behandlung angewendet, bei der während der Atmung sanfter Druck auf die Atemwege ausgeübt wird. Dies verhindert Atembeschwerden und andere schwerwiegende Atemprobleme.	Vorgeschlagene
PPSR-096	Protokolle zur Schmerzkontrolle, einschließlich der Verwendung validierter Instrumente zur Erfassung von Schmerzen sind implementiert, werden regelmäßig überprüft und aktualisiert.	Das Krankenhaus hat ein Konzept zur Überwachung und Behandlung von Schmerzen nach einer Operation. Es werden wissenschaftlich entwickelte Methoden zur Messung der Schmerzen angewendet. Das Protokoll wird regelmäßig aktualisiert und verbessert.	Vorgeschlagene
PPSR-097	Bei Patienten mit Verdacht auf schlafbezogene Atemstörungen wird die Atmung während der intravenösen Verabreichung von Opioidanalgetika, auch mit einer patientenkontrollierten Analgesie (PCA), über Nacht überwacht.	Wenn Patienten möglicherweise Atemprobleme während des Schlafens haben, wird ihre Atmung über Nacht überwacht, während sie Schmerzmittel auf Morphinbasis erhalten, selbst wenn sie ein System verwenden, bei dem sie die Menge des verabreichten Medikaments selbst steuern können, bekannt als patientenkontrollierte Analgesie (PCA).	Vorgeschlagene
PPSR-098 	Wenn nach einer Bauchoperation keine Bedenken hinsichtlich der Funktion des Magen-Darm-Trakts bestehen, wird das sichere Schlucken beurteilt und der Patient so früh wie möglich innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Operation für die orale Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme in Betracht gezogen.	Wenn ein Patient ohne Probleme schlucken kann und sein Verdauungssystem nach einer Bauchoperation gut funktioniert, darf er so früh wie möglich innerhalb des ersten Tages nach der Operation essen und trinken.	Empfohlen

PPSR-099 	Zur Prävention eines postoperativen Delirs bei Operationen und bei Patienten mit einem hohen Risiko für kognitive Störungen wird ein Reihe an Maßnahmen umgesetzt, die Folgendes umfassen: - Screening mit diagnostischen Tools; - Gezielte Schulung für medizinisches Fachpersonal zum Thema Delir; - Mehrkomponenten-, multidisziplinäre, nicht-pharmakologische Interventionen wie tägliche körperliche Aktivität, kognitive Reorientierung und die Anwesenheit eines Familienmitglieds am Krankenbett, wann immer möglich; - Schlafverbesserung durch nicht-pharmakologische Schlafprotokolle und Schlafhygiene; - Frühzeitige Mobilität und körperliche Rehabilitation; - Anpassungen bei sensorischen Beeinträchtigungen (z. B. Seh- und Hörvermögen); - Ernährung und Flüssigkeitszufuhr; - Schmerzkontrolle; - Angemessene Medikamenteneinnahme; - Ausreichende Sauerstoffversorgung; - Vorbeugung von Verstopfung und Harnverhalt; - Minimierung der Mobilitätseinschränkung durch Verkabelungen, wann immer möglich.	Das Krankenhaus setzt ein Konzept zur Verhinderung von Verwirrungen und Desorientierung nach einer Operation um bei Patienten, die ein hohes Risiko für die Entwicklung psychischer Probleme haben. Die im Konzept enthaltenen Maßnahmen umfassen den Einsatz spezieller Instrumente zur frühzeitigen Identifikation dieser Patienten, die Schulung des medizinischen Fachpersonals zu diesem Thema und den Einsatz verschiedener Techniken zur Unterstützung der Genesung. Zu diesen Techniken gehören unter anderem Übungen zur Verbesserung der Körperkraft und der geistigen Funktion, Maßnahmen zur Förderung eines guten Schlafs, Berücksichtigung der Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sowie eine sorgfältige Handhabung der Medikamente. Weitere Maßnahmen für eine frühzeitige und erfolgreiche Genesung können ebenfalls angewendet werden.	Empfohlen
PPSR-100 	Universelle Maßnahmen zur Sturzprävention werden bei Patienten mit Sturzrisiko angewendet. Diese Maßnahmen sollten jedoch nicht die frühzeitige Mobilisierung beeinträchtigen. Das Sturzrisiko wird bei der Aufnahme sowie postoperativ bewertet.	Es werden Maßnahmen ergriffen, um Stürze bei Patienten mit erhöhtem Sturzrisiko, insbesondere bei gebrechlichen Patienten, zu verhindern. Diese Maßnahmen sollten jedoch nicht dazu führen, dass sich der Patient nach der Operation nicht mehr bewegen kann. Die Ärzte bewerten das Sturzrisiko sowohl bei der Aufnahme ins Krankenhaus als auch während des gesamten Genesungsprozesses.	Vorgeschlagene

PPSR-101	Behandlungsteams setzen Multikomponenten-interventionen ein, einschließlich der Nutzung geeigneter Hilfsmittel, um Dekubitus, Augenverletzungen und Nervenverletzungen bei chirurgischen Patienten während des gesamten perioperativen Zeitraums vorzubeugen und zu behandeln.	Die Behandlungsteams setzen verschiedene Methoden ein, um Druckgeschwüre, Wundliegen, Augenverletzungen und Nervenverletzungen bei Patienten während der Operation vorzubeugen und zu behandeln. Dazu gehört auch die Nutzung geeigneter Hilfsmittel.	Vorgeschlagene
----------	--	---	----------------