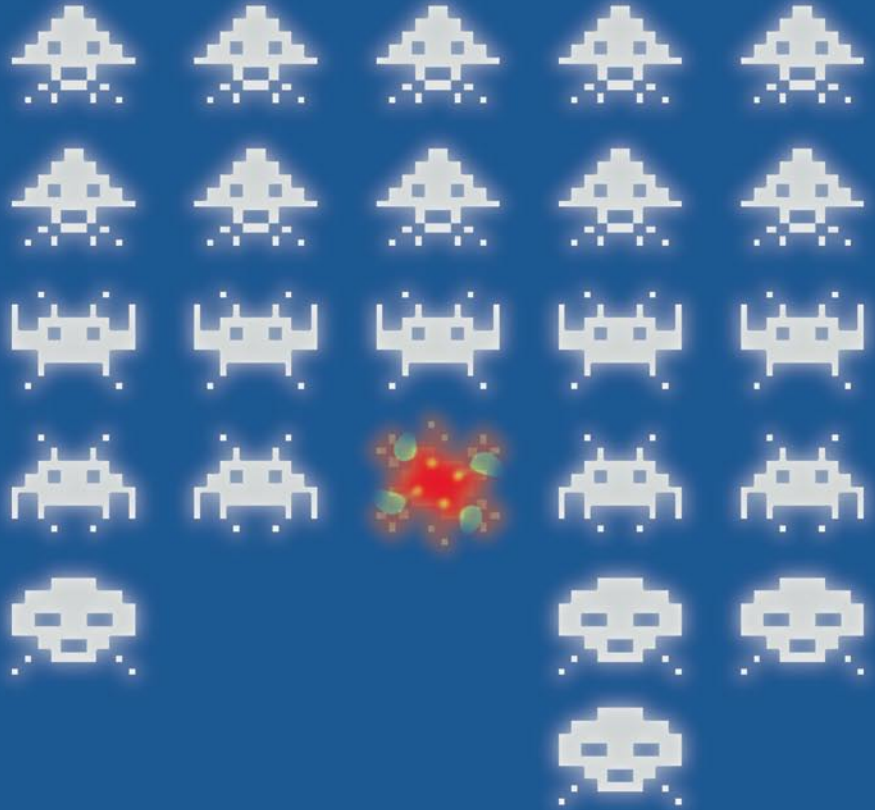




REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

REGIONALGRUPPE FÜR DIE  
QUALITÄTSVERBESSERUNG DES IMPFANGEBOTS  
DER REGION FRIAUL JULISCH VENETIEN

Die Förderung der  
Qualitätsverbesserung  
von Impfungen



## ARBEITSGRUPPE

### **Koordinierungsgruppe:**

Silvio Brusaferrò<sup>(1)</sup>  
Tolinda Gallo<sup>(2)</sup>  
Andrea Iob<sup>(3)</sup>  
Ilva Osquino<sup>(4)</sup>  
Carla Lontero<sup>(1)</sup>  
Mateo Panariti<sup>(5)</sup>

### **Teilnehmer der Region Friaul Julisch Venetien, Zentraldirektion Gesundheit und Sozialschutz:**

Nora Coppola  
Clara Pinna  
Tolinda Gallo  
Ilva Osquino

### **Mitwirkende an der Erstellung des vorliegenden Leitfadens:**

Für den Sanitätsbetrieb Nr.1:

Franco Michieletto  
Claudia Krajnik

Für den Sanitätsbetrieb Nr.2:

Giulio Rocco  
Luigi Donatoni  
Rosalba Imbimbo  
Ariella Bertoni  
Elisabetta Corbatto

Für den Sanitätsbetrieb Nr.3:

Andrea Iob  
Monica Cecon  
Giuliana Copetti

Mariarita Forgiarini  
Tiziana Pallober

Für den Sanitätsbetrieb Nr.4:

Tolinda Gallo  
Simonetta Degano  
Giuliana Dri  
Anna Fabbro  
Carla Gentilini  
Miriam Guatto  
Anna Rosa Moretti  
Adriana Peverè  
Giuseppina Verago  
Margherita Zanini

Für den Sanitätsbetrieb Nr.5

Ariella Breda  
Ornella Battiston  
Gabiella Stolf

Für den Sanitätsbetrieb Nr.6:

Emanuela Zamparo  
Caterina Cicchirillo  
Rosella Crozzoli  
Patricia Belletti  
Luisa De Carlo  
Daniela Fabbro  
Elisabeth Franzon  
Mirella Lazzaretto  
Ada Oro  
Ilva Osquino  
Lucia Papais  
Anita Piasontier  
Sandra Polese

### **Für die Allgemeinmediziner (MMG):**

Luigi Canciani

### **Für die Basiskinderärzte (PLS):**

Paolo Lubrano

### **Für die Krankenhauschefärzte (MDO):**

Roberto Cocconi

### **Universität Udine:**

Silvio Brusaferrò  
Laura Calligaris  
Federico Farneti  
Carla Lontero  
Adriana Moccia  
Mateo Panariti  
Chiara Perinotto

(1) Universität Udine, Abteilung für Pathologie, experimentelle und klinische Medizin; Universitätskrankenhaus S.Maria della Misericordia Udine

(2) Sanitätsbetrieb Nr. 4 "Mittelfriaul" Departement für Vorbeugemedizin

(3) Sanitätsbetrieb Nr. 3 "Oberfriaul" Departement für Vorbeugemedizin

(4) Sanitätsbetrieb Nr. 6 "Westfriaul" Departement für Vorbeugemedizin

(5) Universität Udine, Abteilung für Pathologie, experimentelle und klinische Medizin; Lehrstuhl für Hygiene und Präventivmedizin

## VORWORT

Dieser Leitfaden ist Ausdruck eines der Exzellenzmomente des regionalen Gesundheitsdienstes (SSR) und interpretiert sehr gut die Entwicklung beim Impfangebot, die derzeit im Bereich Prävention und Versorgung stattfindet.

Historisch betrachtet, wurde Impfungen in Friaul Julisch Venetien immer sehr viel Bedeutung beigemessen, so dass im Laufe der Zeit sehr hohe Durchimpfungsraten garantiert werden konnten, die in jedem Fall den Zielen und Empfehlungen zum Schutz des Einzelnen und der Gemeinschaft insgesamt entsprachen.

Mit diesem Ergebnis gehört Friaul Julisch Venetien zu den Regionen, die in der Lage sind, die auf nationaler und internationaler Ebene erstellten Pläne und Empfehlungen am besten umzusetzen, was auch dank des Engagements und der Professionalität aller Mitarbeiter des regionalen Gesundheitsdienstes erreicht wird. In diesem Fall muss aber die zentrale Rolle von Ärzten, medizinischem Hilfspersonal und des Pflegedienstpersonals der Departements für Vorbeugemedizin unserer Sanitätsbetriebe anerkannt werden, denen die Impfzentren unterstehen.

Die Leidenschaft und die Professionalität dieser Menschen haben eine grundlegende Rolle gespielt und tun dies immer noch, wenn es darum geht, allen Bürgerinnen und Bürgern exzellente Leistungen zu bieten. Letztes Zeugnis hierfür ist diese Publikation, die das Engagement und den Willen erläutert, systematisch eine ständige Verbesserung der Leistungen zu garantieren.

Nach einem ersten, organisatorisch sehr aufwändigen Impfprogramm Anfang des neuen Jahrtausends in den Departements für Vorbeugemedizin, das sich durch absolute Professionalität auszeichnete, wird heute ein Instrument für die ständige Verbesserung seitens des SSR angeboten, das alle SSR-Mitarbeiter und –Einrichtungen einbezieht, die in ihren Funktionen mit Impfungen zu tun haben.

Kurz gesagt, es erfolgt der Übergang von der systematischen Suche nach Qualität in einer bestimmten Einrichtung (Impfzentren der Departements für Vorbeugemedizin) zur Garantie, die der SSR seinen Nutznießern gibt, dass in allen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes bestimmte Qualitätsstandards für Impfungen eingeführt und garantiert werden.

Dies ist also eine Perspektive und weitere Garantie dafür, dass der SSR folgendes leisten kann:

- a) Angebot der bestmöglichen Antworten in der alltäglichen Arbeit sowie bei Notständen (z.B. Gefahr von Pandemien, Katastrophen usw.)
- b) Funktionsfähigkeit als integriertes Netzwerk für den Austausch einzelner (bürgerbezogener) oder aggregierter Daten (Evaluierung der Durchimpfungsraten von Sanitätsbetriebs- und Regionalbevölkerung)
- c) Nutzung der Impfung zur Integration von Politiken zur Gesundheitsförderung und Prävention

d) Integration von institutionellen Einrichtungen (SSR, Universitäten), Berufsgruppen (Ärzte, medizinisches Hilfspersonal, Pflegedienstpersonal, Regionaldirektoren) und Kompetenzen (Hygiene, Allgemeinmediziner und Basiskinderärzte, Pflegedienst, Verwaltung und Technik), die in der Region um diese Ziele herum vorhanden sind.

Die Tatsache, dass an dem vorliegenden Programm auch Allgemeinmediziner, Basiskinderärzte und das Krankenhauspersonal, das die Impfungen vornimmt, teilgenommen haben, ist ein weiterer Beleg für die von Jahr zu Jahr stärker werdende und klarer zum Ausdruck kommende Reife und Integration unseres SSR, auf den ich stolz bin und auf den wir stolz sein sollten.

Abschließend möchte ich all jenen danken, die sich dafür eingesetzt haben, dass dieses Programm als Teil der Initiativen des Zentrums für die Krankheitskontrolle des Gesundheitsministeriums abgeschlossen werden konnte: allen voran meinem Vorgänger Dr. Ezio Beltrame, der das Programm angestoßen hat, sowie den Beamten meines Referats, den Hochschuldozenten, dem freiberuflichen Fachpersonal im Gesundheitswesen und allen, die an der Erstellung mitgewirkt haben.

Zum Abschluss möchte ich meiner Verpflichtung sowie der Verpflichtung des gesamten SSR Ausdruck verleihen, dass die hier genannten gemeinsamen Vorgaben in den kommenden Jahren in der Praxis Anwendung finden.

*Der Regionalassessor für Gesundheit und Sozialschutz*

Vladimir Kusic

# INHALTSVERZEICHNIS

1. Impfungen und ihre Organisation in der Region Friaul Julisch Venetien .....	S. 5
2. Das Regionalprogramm zur Qualitätsverbesserung der Impfungen .....	S. 9
3. Das Referenzmodell .....	S. 11
4. Präsentation des Leitfadens .....	S. 13
5. Literaturhinweise .....	S. 15

## **KAPITEL UND STANDARDS**

1. Politik und Führungsrolle .....	S. 21
2. Prävention und Erziehung .....	S. 26
3. Sicherheit und Qualität .....	S. 29
4. Der Impfprozess .....	S. 35
5. Informationsmanagement .....	S. 40
6. Leistung .....	S. 43
7. Notfälle .....	S. 46



# 1

## IMPFUNGEN UND IHRE ORGANISATION IN DER REGION FRIAUL JULISCH VENETIEN (FJV)

Impfungen, und vor allem Kinderimpfungen, stellen in der Region FJV eine der traditionsreichsten und gesellschaftlich weitestreichenden Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens dar. Die Region zeichnet sich in der Tat durch folgende Aspekte aus:

- Seit vielen Jahren weist FJV sehr hohe Durchimpfungsraten nicht nur bei Pflichtimpfungen, sondern auch bei den empfohlenen Schutzimpfungen auf.
- FJV hat gut aufgebaute und je nach Sanitätsbetrieb eigens strukturierte Impfzentren, die vor der Rechtsverordnung 502/92 zum Bereich der öffentlichen Hygiene gehörten und heute den Departements für Vorbeugemedizin unterstehen.
- Die Region verfügt über ein in ein integriertes Netzwerk verteiltes Impfangebot, an dem mehrere Bereiche mit demselben Ziel beteiligt sind: Impfdienste der Departements für Vorbeugemedizin, Allgemeinmediziner, Basiskinderärzte und Krankenhausimpfstellen.

Die Impfzentren stehen derzeit vor folgenden, weiteren Herausforderungen, die die Überwindung der alten Paradigmen erfordern, nach denen Kinderimpfungen vorgenommen wurden:

- der Trend zur Überwindung der Impfpflicht
- die Ausweitung der von Impfkampagnen betroffenen Bevölkerungsgruppen
- die Reisemedizin
- die Gesundheitsförderung.

Das Programm zur Qualitätsverbesserung der Impfleistungen der Region FJV ist vor dem regionalen Hintergrund zu lesen und zu interpretieren, in dem es umgesetzt wird; es ist nämlich eine Antwort auf ein starkes Bedürfnis der Regionalstellen, dieses Ziel auch wegen der positiven, in der Vergangenheit (Zeitraum 2000-01) gesammelten Erfahrungen weiter zu verfolgen.

Der vorliegende Leitfaden ist eine Überarbeitung der ersten Fassung aus dem Jahre 2001 und in mehrere Schlüsselbegriffe als Hinweise gegliedert, die die heutigen Impfprozesse kennzeichnen.

Schon in der vorherigen Ausgabe wurde Bezug auf Schlüsselbegriffe genommen, die diese Leistungen beschrieben und jetzt überarbeitet und entsprechend den soziokulturellen und präventionsbezogenen Entwicklungen der letzten Jahre auf den neuesten Stand gebracht wurden.

## **Die heutigen Schlüsselbegriffe sind:**

### **a) Gesundheitsgewinn**

In einem längst auf internationaler Ebene verbreiteten und auch von den jüngsten landesweiten Gesundheitsplänen bestätigten Ansatz, in dem die Gesundheitssysteme immer stärker die Aufgabe übernehmen müssen, eine richtige Lebensweise zu fördern und die bekannten Risikofaktoren zu reduzieren (Prävention), ist der Moment der Impfung von Kindern und Erwachsenen eine nützliche Gelegenheit, bei der nicht nur die eigentliche Impfung vorgenommen wird, sondern bei der auch mehrere gesundheitsfördernde Leistungen erbracht werden können (z.B. Beratung bei bestimmten Problemen, Gesundheitserziehung usw.).

Impfungen sind übrigens aus wissenschaftlicher Sicht schon seit Jahren anerkannt wirksame öffentliche Gesundheitsmaßnahmen, und im Bereich der Primärprävention gehören sie weiterhin zu den Maßnahmen, die historisch betrachtet (z.B. Ausrottung der Pocken) die besten Ergebnisse im Kampf gegen Infektionskrankheiten und in einigen Fällen gegen chronisch-degenerative Krankheiten erzielen (z.B. Programm zur Bekämpfung der Kinderlähmung) bzw. erzielen können.

### **b) Systemische Vorgehensweise**

Besondere Bedeutung ist der Tatsache beizumessen, dass das derzeitige Gesundheits- und Sozialwesen pyramidenartig aufgebaut ist, aber dieser Aufbau hat gewisse Grenzen. Auch bei Impfungen spiegelt sich diese Eigenschaft wider. Der Impfprozess kann nämlich absolut nicht auf bestimmte hierarchische und organisatorische Einrichtungen beschränkt werden; der Kontext entwickelt sich weiter und nimmt zahlreiche Akteure auf, die auf dynamische Art und Weise komplexe Beziehungssysteme aufbauen: die Regionalpolitik, das freiberufliche Fachpersonal im Gesundheitswesen, die Bürger und sonstigen Interessengruppen (Unternehmen, Versicherungen und andere mehr).

Es wird somit immer stärker erforderlich, dass die interne Kohärenz und Wirksamkeit der Untersysteme unterstützt werden, die im Rahmen des Impfprozesses und zu dessen Gunsten agieren; insbesondere ist es wichtig, die Konvergenzpunkte zwischen den im Wissens- und Informationsmanagement Beteiligten und denjenigen, die sich mit dem Management und Transfer dieses Wissens an die Gemeinschaft über Beratungsmomente befassen, stärker in den Vordergrund zu rücken.

### **c) Zentraler Stellenwert des Bürgers und Nutznießers**

In Folge der Weiterentwicklung des soziokulturellen Kontextes gegenüber der Welt der Krankheiten/ Gesundheit geht der bio-psycho-soziale Ansatz, bei dem die zentrale Stellung des Patienten bei seiner Behandlung zur Geltung gebracht wird, mehr als alle anderen auf die neuen Bedürfnisse der Bürger und Nutznießer ein.

Die Nutznießer und ggf. die Personen, die diese pflegen, haben Anspruch auf Gesundheitsleistungen, die ihren jeweiligen Einzelbedürfnissen, ihren Vorlieben und Werten sowie ihrer Eigenständigkeit und Unabhängigkeit entsprechen. In diesem Sinn ist das Recht und die Verantwortung zu respektieren, je



nach Fähigkeiten und Vorlieben an den jeweiligen Entscheidungen in Verbindung mit Behandlungen oder Verfahren beteiligt zu werden, die das eigene Leben betreffen. Deshalb kann die Miteinbeziehung des Bürgers nicht von einer Kommunikation absehen, die auf genauen, stichhaltigen und verständlichen und für alle bereit stehenden Informationen basiert, die es dem direkt Betroffenen ermöglichen, bestimmte Entscheidungen bewusst zu treffen.

Dies drückt sich nicht nur in der einzelnen Impfung aus, sondern umfasst auch alle weiter reichenden gesundheitspolitischen Aspekte über die Einbeziehung aller Organisationen, die die Bürger vertreten und als wahre Stakeholder auftreten.

Die dem zentralen Stellenwert des Bürgers beigemessene Bedeutung stellt ferner sicher, dass alle Bürger Zugang zu den notwendigen Leistungen haben können, unabhängig von ihrer gesellschaftlichen Stellung bzw. ihrer finanziellen Lage.

In der gesellschaftlichen Entwicklung Italiens wird die Rolle des Einzelnen und sein Recht auf bewusste Entscheidungen schrittweise stärker betont.

In diesem Sinn werden diejenigen, die im Bereich der Impfungen tätig sind, schrittweise dazu aufgefordert werden, den Gedanken einer gesetzlichen Pflicht aufzugeben und (in beruflicher und organisatorischer Hinsicht) in der Lage zu sein, das Instrument Impfung als einen Moment der Information/Erziehung anzubieten, zu dem die Zustimmung seitens des Bürgers einzuholen und dessen bewusste Entscheidung zu fördern ist.

#### **d) Schutz der öffentlichen Gesundheit**

Eine der Herausforderungen des öffentlichen Gesundheitswesens in den kommenden zehn Jahren ist es, den Bürgern und ihren verschiedenen Vertretungsorganen zu zeigen und sie davon zu überzeugen, dass die vom öffentlichen Gesundheitswesen vorgeschlagenen und umgesetzten Maßnahmen wirklich notwendig und nützlich sind und die erforderlichen Investitionen rechtfertigen. Dies erfordert eine Anstrengung mit dem Ziel, systematisch Berichte zu erstellen, die die Bürger und ihre (institutionellen und nicht institutionellen) Vertreter verständlich über die erzielten Ergebnisse unterrichten können.

In diesem Sinne muss der umfassend verstandene Impfprozess homogene Qualitätsstandards garantieren, von der Planung auf regionaler Ebene bis zur einzelnen Impfung in allen Impfstellen, von den Impfzentren im Departement für Vorbeugemedizin bis zu den Praxen der Allgemeinmediziner und Basiskinderärzte und den Impfstellen eines Krankenhauses.

In diesem neuen Verständnis erhält die Rolle des regionalen Systems eine strategische Bedeutung, denn es fungiert den Bürgern gegenüber als Garant für diesen Prozess.

#### **e) Ein sicheres Qualitätssystem**

Die Sicherheit des gesamten Impfprozesses ist von äußerster Bedeutung in dem derzeitigen Kontext, in dem das Gesundheitswesen stark an der Anwendung von Risikoanalyse- und Risikoevaluierungssystemen und an der Entwicklung von Versorgungsprozessen ausgerichtet ist, in denen die zentrale Stellung des Bürgers und dessen Sicherheit Vorrang haben.

Unter Sicherheit (safety) wird nämlich die Gesamtheit der Prozesse verstanden, die zur Beseitigung / Eindämmung der durch Praktiken entstandenen Schäden führen, deren Zweck die Verbesserung der Behandlungsergebnisse ist. Hierzu zählen: 1) die Sicherheit, die über eine korrekt durchgeführte Impfung direkt beim Bürger ankommt, 2) die Sicherheit, die das Gesundheitspersonal in Verbindung mit seinem Verhalten bei der Durchführung seiner Arbeit betrifft; 3) die der Gemeinschaft als Folge der wirksamen Impfung garantierte Sicherheit.

In engem Zusammenhang mit dem Begriff der Sicherheit (safety) steht die Wirksamkeit, d.h. die Fähigkeit, allen Bürgern, die Nutzen daraus ziehen können, Leistungen anzubieten, die auf wissenschaftlicher Evidenz basieren, dabei aber zu vermeiden, diese Leistungen Personen zu erbringen, die keinen Nutzen daraus ziehen.

Parallel dazu müssen die Gesundheitsorganisationen wichtige Maßnahmen für ihre internen Einrichtungen treffen, d.h. sie müssen beweisen können, dass die Organisation in einem gegebenen Kontext und mit den verfügbaren Mitteln die gesteckten Ziele erreicht hat oder nicht. In unserem Fall erfordert dies neben der Organisation der einzelnen Impfung auch die Existenz eines epidemiologischen Überwachungssystems, das alle erzielten Ergebnisse im Hinblick auf Durchimpfungsraten, Nebenwirkungen, vorgebeugte Krankheiten, Kosten-Nutzen-Verhältnis usw. vorzeigen kann.

Außerdem muss hinzugefügt werden, dass auch der Bereich zu berücksichtigen ist, der die Gesundheitserziehung betrifft, die sich bei jeder Kontaktgelegenheit an den Einzelnen wendet.

# 2

## DAS REGIONALPROGRAMM ZUR QUALITÄTSVERBESSERUNG DER IMPFUNGEN

Fünf Jahre nach der ersten professionellen Akkreditierungsinitiative gibt der Präventionsplan 2005-2007 der Region FJV offiziell eine klare Vorgehensweise zur Qualitätsverbesserung der Impfleistungen vor und legt das zuvor unter der wissenschaftlichen Leitung des Lehrstuhls für Hygiene und Präventivmedizin der Universität Udine entwickelte Akkreditierungsprojekt formal neu auf.

Die Entwicklung des im Regionalen Präventionsplan 2005-2007 genannten Projekts richtet sich daran aus, die Arbeit der Gruppe von Angehörigen von Gesundheitsberufen aus den vergangenen Jahren zu nutzen, die ehrenamtlich am Exzellenz-Akkreditierungsprojekt teilnahmen, um einen homogenen Ansatz und eine homogene Reaktion seitens aller regionalen Impfbüros sicherzustellen und die Weichen für ein dauerhaft kontinuierliches Monitoring der Leistungsqualität zu stellen.

Insbesondere sieht der Plan folgende Ziele vor:

- Verbesserung der beruflichen Qualität der Angehörigen von Gesundheitsberufen dahingehend, dass neben den konsolidierten Kompetenzen die Kommunikationsfähigkeit verbessert wird, um eine bewusste Beteiligung des Bürgers zu erreichen
- Verbesserung der Informationsqualität für den Bürger hinsichtlich der wissenschaftlichen Inhalte, der gewidmeten Zeit und der kulturellen Unterschiede
- Verbesserung der Leistungsqualität in Bezug auf Zugänglichkeit, hohen Immunschutz der Bevölkerung und Krisenmanagement
- Verbesserung der Qualität des Informationssystems.

Im klassischen Sinn ist die Akkreditierung ein Instrument zur Förderung der Leistungsqualität in Richtung Exzellenz und beschränkt sich nicht darauf zu evaluieren, ob Mindeststandards eingehalten werden, sondern fördert einen so weit wie möglich in der Organisation und unter deren Mitarbeitern verbreiteten Verbesserungsprozess. Die Teilnahme an Programmen dieser Art ist freiwillig und sanktionsfrei, und die Ergebnisse der Inspektionen werden vertraulich behandelt.

Schon in der ersten Fassung des Leitfadens aus dem Jahr 2001 waren die Eigenschaften angegeben, die den regionalen professionellen Akkreditierungsprozess kennzeichneten. Das positive Ergebnis dieses Ansatzes erlaubt uns nun, auch die Perspektive der kontinuierlichen Verbesserung auszuloten und als Grundlage hierfür die unabdingbare Zustimmung des Personals und der betroffenen Parteien anzunehmen, sowie die Ausdrucksfähigkeit der Professionalität der Prozessbeteiligten, das Ziel Exzellenzvorgaben zu erreichen, und die Einhaltung der Fristen und der einzelnen Phasenschritte.

**Die Schlüsselbegriffe, die das hier vorgeschlagene Verbesserungsprogramm 2005-2007 kennzeichnen, sind somit:**

**a) Zustimmung und Teilnahme**

Die Einbeziehung der Angehörigen von Gesundheitsberufen führt dazu, dass die zu erbringende Evaluierungstätigkeit auf der allgemeinen Zustimmung des betroffenen Fachpersonals basiert, das sich abwechselnd in der Rolle der „Evaluierer“ und der „Evaluierten“ wiederfindet.

Der Mitarbeiter nimmt eine aktive Rolle ein: Das formale Mandat wird von der regionalen Zuständigkeitsebene erteilt, aber das Engagement des Einzelnen ist spontan und beruht auch auf der vergangenen positiven Erfahrung.

An dieser neuen Gruppe von Angehörigen von Gesundheitsberufen nehmen auch andere bedeutende Berufsgruppen teil, die zu Recht ihren Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung des Prozesses leisten können: Allgemeinmediziner, Basiskinderärzte, Angehörige von Gesundheitsberufen und Krankenhausfachpersonal.

**b) Professionalität**

Alle Berufsgruppen, die an dem kontinuierlichen Verbesserungsprogramm teilnehmen, tragen konkret und individuell zum Erfolg der Faktoren bei, die den Impfprozess kennzeichnen und qualifizieren.

In diesem Bereich kann jeder seine Kenntnisse und Kompetenzen zum Ausdruck und zur Geltung bringen.

**c) Exzellenz**

Das Programm wird von der Region FJV gefördert, die ein starkes Mandat zur Fortsetzung des Programms zur kontinuierlichen Verbesserung innerhalb der Planung der Präventionsarbeit definiert hat.

Das regionale System beabsichtigt die Übernahme und Beibehaltung einer Führungsrolle in der Leitung dieses Verbesserungsprozesses, in den sich die beteiligten Fachpersonalgruppen des Gesundheitswesens einreihen und Beziehungen zum Austausch und gemeinsamen Nutzung der Kenntnisse und Kompetenzen fördern.

In der Tat wird der Grundsatz anerkannt, nach dem das Erreichen der bestmöglichen Gesundheitsergebnisse auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und auf den besten Nachweisen basieren muss, aber nicht von den verfügbaren Ressourcen in einem gegebenen Kontext absehen kann.

**d) Abstufung**

Die Verpflichtung, dass die Anforderungen erfüllt werden, und für deren entsprechende Vertiefung und Perfektionierung wird schrittweise und progressiv auf allen Organisationsebenen verfolgt, mit vorrangiger Intervention in den Bereichen, die als sehr kritisch gelten.

# 3 ■

## DAS REFERENZMODELL

Bei der Erstellung des neuen Leitfadens wurde die Beziehung zwischen den Bürgern und dem Regionalem Gesundheitsdienst (SSR) dort in den Mittelpunkt gestellt, wo letzterer im Impfprozess als Garant für homogene Qualitätsstandards in all seinen Einrichtungen gegenüber dem einzelnen Bürger und der Gemeinschaft auftritt.

Das neue Modell wurde auf der Grundlage von zwei Anhaltspunkten entwickelt:

1. dem Netzbegriff, verstanden als eine Gesamtheit von (eigenen und/oder vertraglich gebundenen) Punkten/Knoten des SSR, die dem Bürger Impfleistungen anbieten, wobei:
  - a. die **Knoten** einzelne Akteure oder Organisationseinheiten sein können;
  - b. die Knoten/Stellen untereinander darüber verbunden sind, dass sie alle zum SSR gehören, sowie über die Bedeutung für die öffentlichen Gesundheit, die die einzelnen Prozesse annehmen, wenn sie als Ganzes betrachtet werden;
  - c. die **Grenzen** des Netzes darin bestehen, dass auf den SSR Bezug zu nehmen ist, dass aber anerkannt wird, dass jeder Knoten auch zu anderen Netzen gehören kann;
  - d. auch Knoten/Stellen existieren können, die Impfleistungen außerhalb des SSR erbringen, dass aber wegen der Bedeutung des Prozesses für die öffentliche Gesundheit diese schrittweise ins Netz zu führen sind;
  - e. jeder Knoten eine **unterschiedliche Verantwortung** (auch hierarchischer Natur) haben, aber nur das Netz als Ganzes homogene Leistungen sicherstellen kann;
  - f. auch das Impfsystem wie jedes Netz **operative Eigenschaften aufweist, die** die Systemenergien darstellen und zum Beispiel Ausdrucksformen, Kodizes, Werte, Ziele, die Planung und Kontrolle usw. sind;
2. dem Prozessbegriff, wobei dieser eine Gesamtheit von Handlungen, Handelnden und Instrumenten ist, die synergisch arbeiten, um ein bestimmtes Ergebnis (Leistung) zu erzielen, in unserem Fall also die Sicherstellung homogener und hoher Qualitäts- und Quantitätsstandards für den Einzelnen und die Gemeinschaft.

Die Bestandteile des Netzes sind in unserem Fall folgende: das Departement für Vorbeugemedizin mit seinen internen Einrichtungen (Impfzentren), die Allgemeinmediziner und Basiskinderärzte, die Impfdienste, die Impfungen innerhalb der Gesundheitseinrichtungen überwiegend für die Mitarbeiter

erbringen, die Interessenvertretungsgruppen gegenüber den Impfpolitiken (Stakeholder) und die Regionalorgane, die deren politischer Ausdruck werden (Abb.1 und 2).

Abb. 1

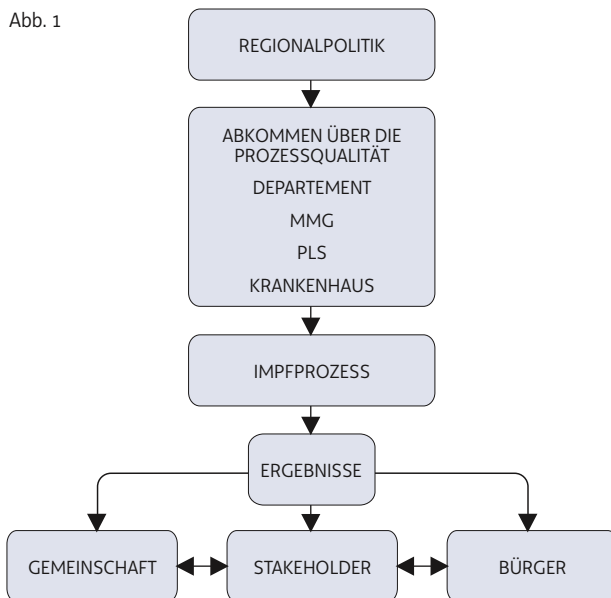
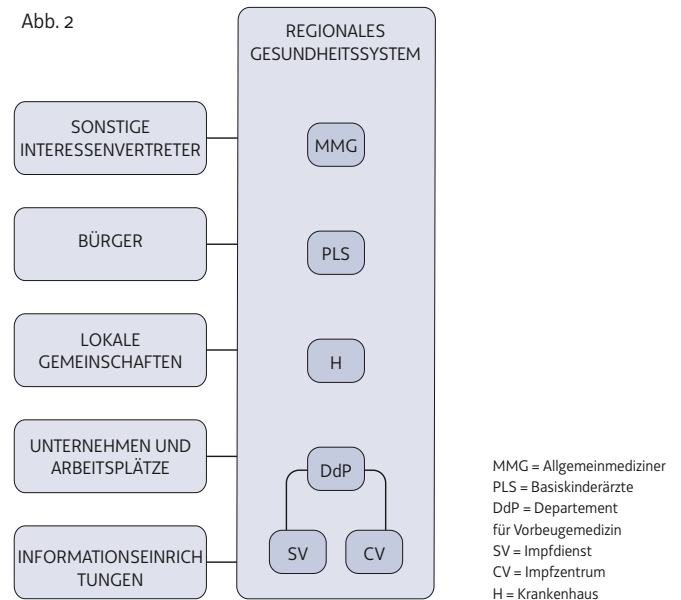


Abb. 2



Wie im Nationalen Impfplan 2005-2007 angegeben, gibt es bei der Definition und Umsetzung eines Immunisierungsprogramms unterschiedliche Verantwortungsebenen, und nur über deren optimale Integration können positive Ergebnisse (gute Prozessleistungen) im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit der Einrichtungen, die Wechselwirkung mit der Bevölkerung und die Auswirkungen auf den Anteil der Infektionskrankheiten erzielt werden.

Jeder dieser Bestandteile übernimmt auf unterschiedlicher Ebene und mit unterschiedlicher Verpflichtung Verantwortung gegenüber der Politik und dem Impfprozess, angefangen beim Regionalorgan, das die Referenzregeln festlegt und als Garant für den Prozess gegenüber der Gemeinschaft auftritt, bis zum Impfzentrum und zum einzelnen Arzt, die die spezifische Impfung am Bürger vornehmen.

# 4.

## PRÄSENTATION DES LEITFADENS

Ausgehend von den erläuterten Ansätzen und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Bürger immer im Mittelpunkt des Modells steht, wurde dieser Leitfaden so strukturiert, dass er in mehrere Kapitel mit folgender Gliederung unterteilt wurde:

**1. Politik und Führungsrolle:** Die Immunisierungspolitiken und –strategien in einer (regionalen) Gemeinschaft erfordern die Bestimmung unterschiedlicher, miteinander integrierter Verantwortungsebenen, um positive Ergebnisse im Hinblick auf die Funktionsweise der Einrichtungen, die Auswirkung auf den Anteil der Infektionskrankheiten und der chronisch-degenerativen Krankheiten und auf die Gesundheitsförderung in der Bevölkerung sicherzustellen. All diese Präventionsarbeit ist durch einen hohen Grad an Professionalität gekennzeichnet.

**2. Prävention und Erziehung:** Prävention und Gesundheitserziehung sind kennzeichnend und wesentlich in den Bemühungen um die Gesundheitsförderung. Die Impfpolitiken und der Impfprozess gehören traditionell zu den am stärksten anerkannten und in der Prävention am stärksten verwurzelten Instrumenten und sind Momente, in denen neben der Erbringung der reinen Impfleistung über die Risikofaktoren und eine richtige Lebensweise informiert und eine entsprechende Gesundheitserziehung erbracht werden kann.

**3. Sicherheit und Qualität:** Sicherheit und Qualität sind in jedem Versorgungsprozess untrennbar miteinander verbunden. Die verfügbaren Belege zeigen, dass die Sicherstellung einer hohen Qualität und Sicherheit einen integrierten Ansatz aller am Impfprozess Beteiligten erfordert und de facto einer der Indikatoren für die gute Funktionsweise des gesamten Systems ist.

**4. Der Impfprozess:** Dazu gehören alle Phasen von der Planung bis zur Überprüfung der Impfergebnisse unter Berücksichtigung der Verantwortlichkeiten, der notwendigen Ressourcen, der Fristen und geplanten Ergebnisse.

**5. Informationsmanagement:** Das Informationsmanagement muss alle relevanten Informationen umfassen, die den Informationsbedürfnissen des regionalen Gesundheitswesens und der Bürger dienen.

**6. Leistung:** Die Akkreditierung eines Prozesses, an dem verschiedene Akteure und Organisationsebenen beteiligt sind, bedeutet die Aufschlüsselung der Gesamtleistung des Systems in die einzelnen Prozessphasen und die Leistungen der Einzelnen, um so zu einem zusammenfassenden Gesamturteil zu gelangen.

**7. Notfälle:** Die Einzelpersonen oder Einrichtungen, die sich mit Impfungen befassen, können beim Auftreten dreier verschiedener Notfallsituationen gerufen werden: Pandemien, Naturkatastrophen und Bioterrorismus (z.B. Pocken). Eine Bewältigung dieser Notfallsituationen erfordert ein Netz an professionellen Einzelpersonen und Einrichtungen, die am Impfprozess beteiligt sind (Abb. 3).

Abb. 3

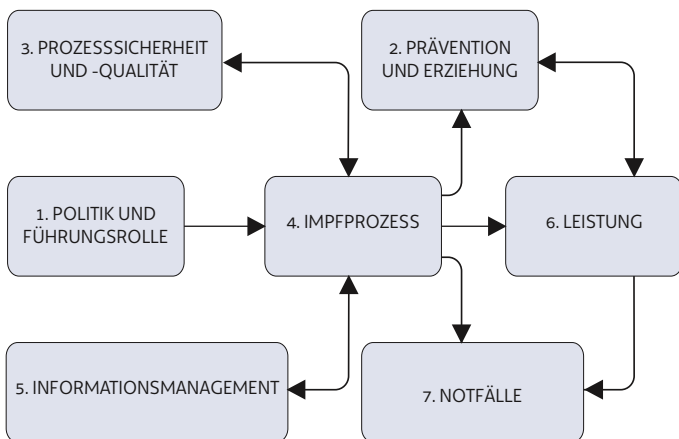
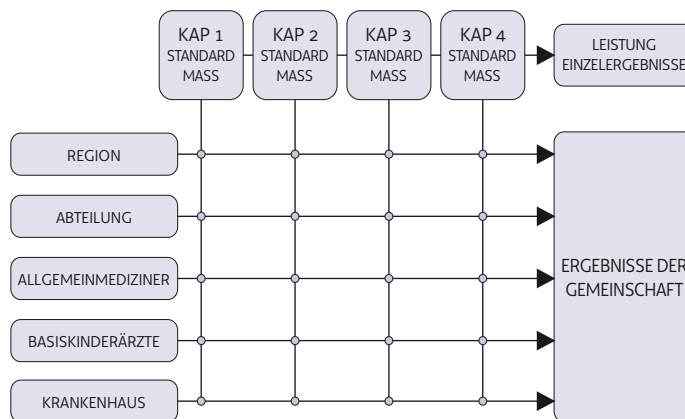


Abb. 4

DIE ANWENDUNG DES LEITFADENS AUF DEN IMPFPROZESS



Für diese großen Kapitel werden Standards und für jeden dieser Standards „Evaluierungsfaktoren“ mit den möglichen geforderten Nachweisen festgelegt.

Die Qualitätssicherung innerhalb des Netzes liegt in der Definition des Anwendungsbereiches der einzelnen Standards und Evaluierungselemente begründet. In der Tat wird je nach ausgeübter Rolle innerhalb des Netzes der Verantwortlichkeiten unterschieden, genau wie nicht alle Knoten des Netzwerkes für alle messbaren Elemente haften, sondern jeder Knoten eine eigene Reihe von Elementen hat, die er sicherstellen muss (Abb. 4).

Wie in der vorherigen Ausgabe des Leitfadens wurde auch in dieser Ausgabe entschieden, keine gewichtete Evaluierung jedes einzelnen messbaren Elements und Standards einzuführen: Ziel ist nämlich nicht, eine Rangliste zu erstellen bzw. einen Cut-Off festzulegen, unter dem die Stelle „geschlossen“ oder „umstrukturiert“ werden muss, sondern, auch aufgrund der bisherigen Ergebnisse, eine Kultur der kontinuierlichen Verbesserung zu fördern. Nicht mit zweierlei Maß zu messen bedeutet auch, alle Elemente auf dieselbe Ebene zu bringen und somit eine weiter reichende Anstrengung vorzusehen.



# 5.

## LITERATURHINWEISE

### Bibliographie

1. Azzari C, Resti M, Vierucci A. Vaccini: domande e risposte. Roma, La Nuova Italia Scientifica ed., 1996.
2. Brender J, Ammenwerth E, Nykänen P, Talmon J. Factors influencing success and failure of health informatics systems--a pilot Delphi study. *Methods Inf Med* 2006;45:125-36.
3. Brusaferrò S, Casini M, Tessarin M. Processi assistenziali e governo delle reti. *Dedalo* 2004;2:13-22.
4. Canadian Council on Health Services Accreditation to Accreditation Canada. Immunization Guide. Edition 2002-2006.
5. Carreri V, Soma R, Zavaglio G, et al. La sperimentazione del sistema di accreditamento dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Lombardia. VII Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica. Bari, 11-13 ottobre 2001. Abstract book: 38-39.
6. Cavazza G, Biagetti L. Un'esperienza di accreditamento nel Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL Bologna Nord. *Ann Ig* 1998; 10 (1): 71-77.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Core Elements for AFIX Training and Implementation. Second Edition. 2004.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases. Third Edition. 2002. Disponibile presso: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/default.htm> (Accesso del 12 maggio 2008).
9. Cinti S. Pandemic Influenza: Are we ready? *Disaster Manage Response* 2005;3:61-7.
10. Committee on Community Health Services and Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Increasing Immunization Coverage. *Pediatrics* 2003; 112:993-6.
11. Contu P, Scarpa B. Strategie europee di promozione della salute. 39° Congresso Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Ferrara, 24-27/09/2000. Abstract book: 291-298.
12. Crovari P, Principi N, Valsecchi M et al. Significato ed evoluzione del ricorso alla "obbligatorietà" nella politica delle vaccinazioni in Italia per gli anni 2000. *Ann Ig* 1998; 10(1): 45-48.
13. Developing and Expanding Contributions of the global Laboratory Network for Poliomyelitis Eradications 1997-1999. *MMWR* 2000; 49:156-160.

- 14.** Di Stanislao F, Liva C. Accreditemento dei servizi sanitari in Italia. Torino: Centro Scientifico Editore, 1998.
- 15.** Di Stanislao F, Renga G. Manuale per l'Accreditemento del Dipartimento e dei Servizi di Prevenzione. Supplemento a SItI Notizie, Anno V, n.5. Roma: Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica Editore, Settembre-Ottobre 1998.
- 16.** Dirindin N. Tutela della salute e politiche sanitarie. Igiene e Sanità Pubblica 1999, LV/ N.2:94-110.
- 17.** Donabedian A. Quality assurance. Structure, process and outcome. Nurs.Stand. 1992 Dec.2-8;7 (11 Suppl QA): 4-5.
- 18.** Faggioli P, Cavazza G, Zanetti M. Prospettive per l'accreditemento dei Dipartimenti di Prevenzione dell'Emilia Romagna. QA 1998; 9(3): 121-125.
- 19.** Forino F. La continuità dell'assistenza: processi e reti. Dedalo 2004;2:5-12.
- 20.** Gaglia MA, Davis MD. States' Emergency Orders Regarding the 2004-05 Influenza Vaccine Shortage. Human Vaccines 2006; 2: 34-37.
- 21.** Gallo G, Ragni P. Proposte per la riorganizzazione dei Servizi Vaccinali 39° Congresso Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Ferrara, 24-27/09/2000. Abstract book: 291-298.
- 22.** Gangemi M, Elli P, Quadrino S. Il counselling vaccinale: dall'obbligo alla condivisione. Torino:Edizioni Change, 2006.
- 23.** Gardner P, Pickering LK. Guidelines for Quality Standards for Immunization. CID 2002;35:503-511.
- 24.** Gershon A., Gardner P. Guidelines From The Infectious Diseases Society Of America: Quality Standards for Immunization. CID 1997; 25:782-6.
- 25.** Grandori L. Vaccinare per obbligo o per scelta? Quaderni ACP 2007; 14: 181.
- 26.** Health Protection Agency. National Minimum Standards for Immunisation Training. London: 2005.
- 27.** Heeks R. Health information systems: failure, success and improvisation. Int J Med Inform 2006; 75:125-37
- 28.** Institute of Medicine of the National Academies. Medicare's Quality Improvement Organization Program: Maximizing Potential. Washington DC: 2005.
- 29.** Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization. Standards For Ambulatory Care (SAC). Edition 2008.
- 30.** La Rocco A., Jones B. A Bookshelf in Public Health, Medical Care, and Allied Fields. Bull Med Libr Assoc 1972; 60:32-101.
- 31.** Liva C, Tosolini G, Venturini P et al. L'accreditemento dei Servizi Sanitari. Un'esperienza pilota in Friuli Venezia Giulia. NAM 1994; 10: 33-40.
- 32.** Londero C, Regattin L, Rinaldi O, Trua N, Brusaferrero S e Gruppo Regionale per l'Accreditemento dei Servizi di Vaccinazione. Accreditemento all'eccellenza dei servizi vaccinali in Friuli Venezia Giulia. Ann Ig 2002;14 (Suppl 4):77-85.
- 33.** Luzi R, Fioretti M, Massaccesi S et al. L'evoluzione del programma di

- accreditamento dei Dipartimenti di Prevenzione nella Regione Marche. 39° Congresso Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Ferrara, 24-27/09/2000. Abstract book: 497-499.
- 34.** Modolo MA. Il nuovo e il vecchio: ovvero promozione-educazione alla salute. *Ann Ig* 1998; 10 (1): 223-224.
- 35.** Morosini P. Nuove tendenze dell'accreditamento alla luce del sistema di accreditamento australiano. *QA* 1992; 2:13-22.
- 36.** National Vaccine Advisory Committee. Standards for Child and Adolescent Immunization Practices. *Pediatrics* 2003;112:958-63.
- 37.** Ovretveit J. La qualità nel servizio sanitario. Napoli: EdiSeS, 1996.
- 38.** Ovretveit J. Valutazione degli interventi in sanità. Torino: Centro Scientifico Editore, 1998.
- 39.** Pagana C, Liva C et al. Accreditamento professionale volontario dei Servizi di Pronto Soccorso della Regione Friuli Venezia Giulia 1997-1998. *Pediatria d'urgenza* 1999;13.
- 40.** Palumbo F, D'Ambrosio E, Cafaro L et al. Valutazione dei requisiti strutturali e organizzativi dei centri vaccinali in Regione Campania. *QA* 1998; 9(1): 35-40.
- 41.** Paré G, Sicotte C, Jaana M, Girouard D. Prioritizing the risk factors influencing the success of clinical information system projects. A delphi study in Canada. *Methods Inf Med.* 2008;47:251-9
- 42.** PNLG. Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in Sanità. Milano. Aggiornamento Dicembre 2008.
- 43.** Pocetta G, Russo S, Barzanti D, et al. Manuale di accreditamento tra pari dei servizi aziendali e regionali di promozione e educazione alla salute nel SSN. VII Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica. Bari, 11-13 ottobre 2001. Abstract book: 77.
- 44.** Poland GA, Jacobson RM, Targonski PV. Avian and pandemic influenza: an overview. *Vaccine* 2007; 25:3057-61.
- 45.** Poland GA, Shefer AM, McCauley M. Standards for Adult Immunization Practices. *Am J Prev Med* 2003; 25:144-150.
- 46.** Ransom J, Bashir Z, Philips C. Local health department responses during the 2004-2005 influenza vaccine shortage. *J Community Health* 2007; 31:283-97.
- 47.** Roberts J, James S, Coale Jack G, et al. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. *The Journal of American Medical Association* 1987; 258 (7): 936-940.
- 48.** Shaw CD, ISQua. Toolkit for Accreditation Programs: Some issues in the design and redesign of external health care assessment and improvement systems. ISQua. Melbourne, 2004.
- 49.** The Australian Council on Healthcare Standards. The ACHS Accreditation Guide. Zetland: ACHS ed, 1993.
- 50.** Update: Influenza Activity - United States, 1999-2000 Season. *MMWR* 2000; 49:173-7.

**51.** WHO Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata. WHO, Geneva, 1978.

**52.** WHO. Global Advisory Committee on Vaccine Safety. Weekly epidemiological record. 2006; 81:273–284.

### Gesetzgebung

**1.** Conferenza Stato regioni, seduta del 1° agosto 2002 - Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Linee-guida per la gestione uniforme delle problematiche operative della legge 25 febbraio 1992, n. 210, in materia di indennizzi per danni da trasfusioni e vaccinazioni".

(Konferenz zwischen dem italienischen Staat und den Regionen, Sitzung vom 1. August 2002 – Abkommen zwischen der Regierung, den Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen über das Dokument mit den „Leitlinien zur einheitlichen Verwaltung der operativen Problematiken von Gesetz Nr. 210 vom 25. Februar 1992 über Schadensersatzleistungen aus Transfusionen und Impfungen“.)

**2.** Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005. Disponibile presso: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp> (Accesso del 12 maggio 2008).  
Nationaler Gesundheitsplan 2003 – 2005. Abrufbar unter: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp> (Zugang vom 12. Mai 2008).

**3.** Piano Sanitario Nazionale 2005 – 2007. Disponibile presso: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp> (Accesso del 12 maggio 2008).  
Nationaler Gesundheitsplan 2005 – 2007. Abrufbar unter: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp> (Zugang vom 12. Mai 2008).

**4.** Piano Nazionale Vaccini 2005 – 2007. Disponibile presso: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_543\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_543_allegato.pdf) (Accesso del 12 maggio 2008).  
(Nationaler Impfplan 2005 – 2007. Abrufbar unter: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_543\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_543_allegato.pdf) (Zugang vom 12. Mai 2008).)

**5.** Piano Nazionale di Prevenzione Attiva 2004 – 2006. Disponibile presso: [http://www.epicentro.iss.it/focus/piano\\_prevenzione/PianoPrevenzione04-06.pdf](http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/PianoPrevenzione04-06.pdf) (Accesso del 12 maggio 2008).  
Nationaler Plan zur Aktiven Prävention 2004 – 2006. Abrufbar unter: [http://www.epicentro.iss.it/focus/piano\\_prevenzione/PianoPrevenzione04-06.pdf](http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/PianoPrevenzione04-06.pdf) (Zugang vom 12. Mai 2008).

**6.** Decreto Legislativo del 12 dicembre 2003 (GU n. 36 del 13 febbraio 2004). Nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini.  
(Rechtsverordnung vom 12. Dezember 2003 (Amtsblatt Nr. 36 vom 13. Februar 2004). Neues Modell für die Meldung unerwünschter Reaktionen auf Medikamente und Impfungen.)

**7.** Delibera della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia n. 1705 del 15 luglio 2005. Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie eroganti prestazioni di medicina di laboratorio e diagnostica per immagini.  
(Beschluss des Regionalausschusses der Autonomen Region Friaul Julisch Venetien Nr. 1705 vom 15. Juli 2005. Institutionelle Akkreditierung der Gesundheitseinrichtungen, die labortechnische und bilddiagnostische medizinische Leistungen erbringen.)

**8.** Delibera della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia n. 1769 del 20 luglio 2007. Accreditamento e miglioramento della qualità

dell'attività vaccinale nel Sistema Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia. (Beschluss des Regionalausschusses der Autonomen Region Friaul Julisch Venetien Nr. 1769 vom 20. Juli 2007. Akkreditierung und Qualitätsverbesserung der Impfungen im Regionalen Gesundheitswesen Friaul Julisch Venetiens.)

**9.** Regolamento della Seduta Vaccinale: Vaccinazioni pediatriche e adulti. Friuli Venezia Giulia. Disponibile presso: <http://www.asnas.it/Lavoro/2007/DGR1769ALL.pdf> (Accesso del 12 maggio 2008). (Impfregelung: Kinder- und Erwachsenenimpfungen. Friaul Julisch Venetien. Abrufbar unter <http://www.asnas.it/Lavoro/2007/DGR1769ALL.pdf> (Zugang vom 12. Mai 2008).)

**10.** D.P.R. 14 gennaio 1997, n.37. "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private". S.O. alla GU del 20 febbraio 1997, n. 42. (Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 37 vom 14. Januar 1997 „Genehmigung des Dokuments zur Ausrichtung und Koordinierung der Regionen und Autonomen Provinzen Trient und Bozen bezüglich struktureller, technologischer und organisatorischer Mindestvoraussetzungen für die Erbringung der Gesundheitsleistungen seitens öffentlicher und privater Einrichtungen“, ordentliches Beiheft zum Amtsblatt Nr. 42 vom 20. Februar 1997)

## Links

**1.** Joint Commission Requirements for Ambulatory Care  
<http://www.jointcommission.org/>

**2.** Canadian Council on Health Services Accreditation to Accreditation Canada.  
<http://www.cchsa.ca/default.aspx>

**3.** Centers for Disease Control and Prevention. Guide to contraindication to vaccinations. Sept 2003.  
<http://www.cdc.gov/nip/recs/contraindications.htm>

**4.** Epicentro  
<http://www.epicentro.iss.it/>

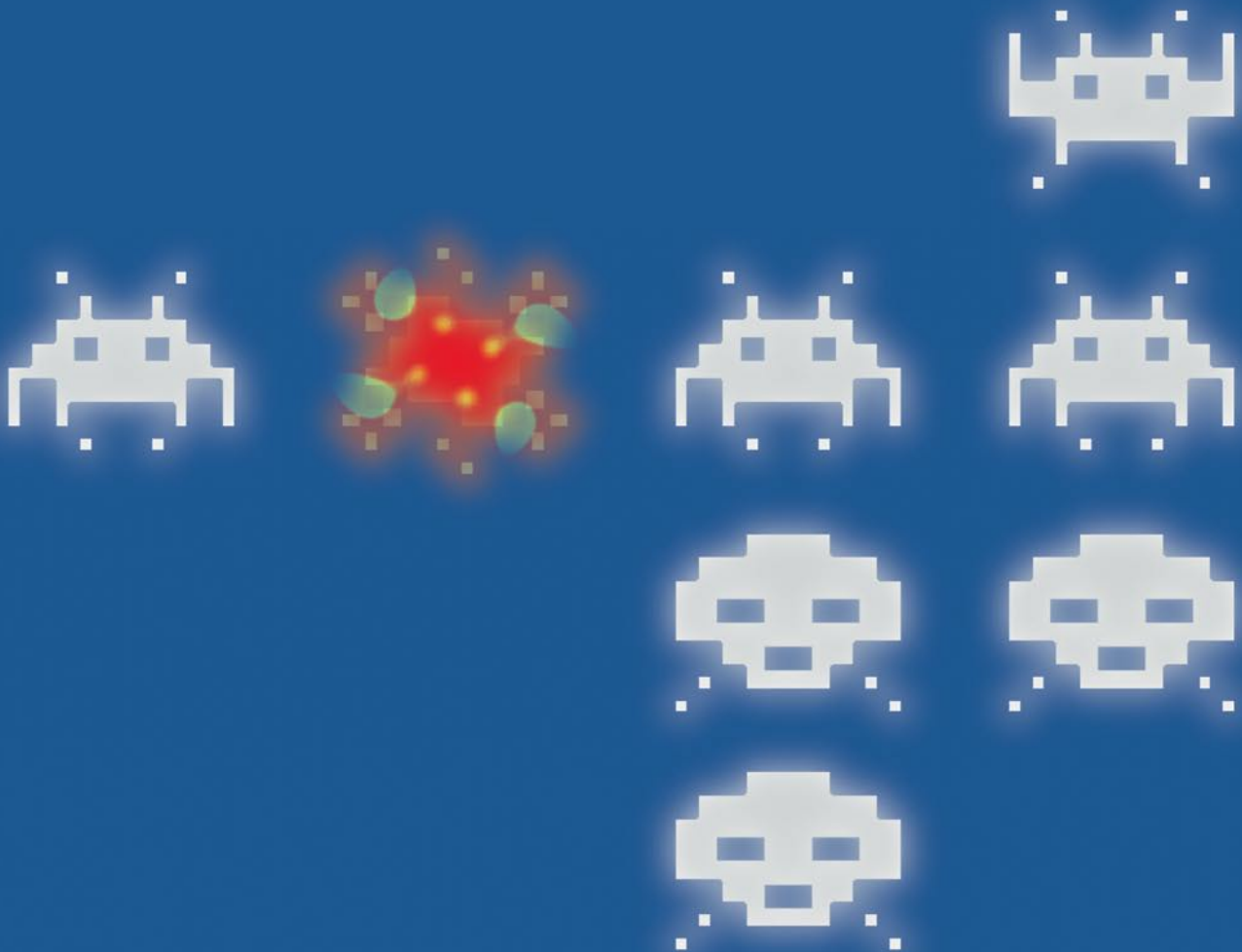
**5.** Istituto Superiore della Sanità  
<http://www.iss.it/>

**6.** General recommendations on immunization. Centers for Disease Control and Prevention "Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases". The Pink Book. 2004: 7-22  
<http://www.cdc.gov/nip/publications/pink/>

**7.** Network Italiano dei Servizi di Vaccinazione – Gruppo tecnico per la valutazione delle indicazioni alle vaccinazioni. 2002.

**8.** [http://www.azserve.com/levaccinazioni/network/consulenza/domande\\_risposte/Utenti/RicercaVeloce.asp](http://www.azserve.com/levaccinazioni/network/consulenza/domande_risposte/Utenti/RicercaVeloce.asp)

# KAPITEL UND STANDARDS



# 1

## POLITIK UND FÜHRUNGSROLLE

Die Immunisierungspolitiken und –strategien in einer (regionalen) Gemeinschaft erfordern die Festlegung unterschiedlicher, miteinander integrierter Verantwortlichkeitsebenen, um positive Ergebnisse im Hinblick auf die Funktionsweise der Einrichtungen, die Auswirkung auf den Anteil der Infektionskrankheiten und der chronisch-degenerativen Krankheiten und auf die Gesundheitsförderung in der Bevölkerung sicherzustellen.

Von den Akteuren, die in einem (regionalen) System Verantwortungs- und Führungspositionen einnehmen, wird eine wirksame Führung gefordert, d.h. eine Reihe von Fähigkeiten und Kompetenzen in Verbindung mit Menschen und Arbeitsgruppen, im Verständnis der verschiedenen Verantwortlichkeiten und Befugnisse des Einzelnen, im Verständnis der Umgebung und des Gesamtkontextes und bei der Definition von Aktionsstrategien und Verhaltensweisen, mit denen die Ressourcen an den gewünschten Ergebnissen ausgerichtet und entsprechend verwaltet werden.

Die Impfpolitik ist ein Teil des größeren Kapitels der Prävention und als Prozess zu verstehen, der sich nicht nur auf die Verabreichung des Impfstoffes beschränkt. Für ein modernes Gesundheitswesen muss die Politik so ausgerichtet sein, dass an jeder, im Rahmen des Prozesses aktiven Stelle des Systems einige Eigenschaften sichergestellt sind:

- a) Entsprechung mit den Präventionsstrategien und mit deren Planung, Verwaltung und Überwachung
- b) Integration aller (internen und externen) Beteiligten untereinander
- c) Prozessqualität und -sicherheit.

Alle Präventionsaktivitäten zeichnen sich durch einen hohen Grad an Professionalität aus. Der Impfprozess stellt hierbei keine Ausnahme dar und wird insbesondere entscheidend von den Kenntnissen, dem Kommunikationsgeschick und den Überzeugungen des Arztes bzw. Pflegedienstpersonals beeinflusst, der/ das motiviert und über das Programm und dessen Ziele geschult und informiert sein muss.

## STANDARD 1

Die Verantwortlichkeiten in den verschiedenen Prozessphasen, von der Definition der Politiken bis zu den Verwaltungsaspekten und der Art und Weise der Beteiligung werden festgelegt.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors					
1.1	Auf den verschiedenen Ebenen werden die Präventions- und Gesundheitsförderprogramme entsprechend den Programmen der übergeordneten Ebenen (auf Sanitätsbetriebsebene, territorialer Ebene und in der Regionalpolitik) deutlich gemacht.	Nationale und regionale Impfpläne	REG	AZ	OSP	DIP	MMG	PLS
			●	●	●	●	●	●
1.2	Die Prozessverantwortlichen werden auf den verschiedenen regionalen Gesundheitsdienstebenen identifiziert.	Nachweis der Identifizierung, Pläne, Regelungen, formale Aufträge	REG	AZ	OSP	DIP	MMG	PLS
			●	●	●	●	●	●
1.3	Auf allen Organisationsebenen sind die Mandate hinsichtlich der Umsetzung der Impfpolitik definiert.	Beschlüsse, Pläne, Protokolle, formale Information	REG	AZ	OSP	DIP	MMG	PLS
			●	●	●	●	●	●
1.4	Die Integrationsebenen und –modalitäten mit den am stärksten an der Erbringung der Impfleistung (internen und externen) Beteiligten sind beschrieben.	Abkommen, Planungsdokumente über das Leistungsnetz, Übereinkommen	REG	AZ	OSP	DIP	MMG	PLS
				●	●	●	●	●
1.5	In den Definitionen der Prozessziele werden die Stellen und jeweiligen Wege zur Erfüllung des Systembedarfs identifiziert.	Betriebsplan, Anfragen für notwendige Ausrüstungen oder Vorrichtungen	REG	AZ	OSP	DIP	MMG	PLS
			●	●	●	●	●	●
1.6	Die Verantwortlichen erstellen den Bedarf an notwendigen Ressourcen und definieren das entsprechende Jahresbudget.	Besprechungsprotokolle, Betriebsprotokolle, Haushaltsunterlagen, Planungen	REG	AZ	OSP	DIP	MMG	PLS
				●	●	●		
1.7	Auffindbarkeit, Zugang und Verwendbarkeit der den Prozess regelnden Dokumente sind für alle beteiligten Mitarbeiter garantiert.	Betriebspläne, interne Dokumente, Impfregelung	REG	AZ	OSP	DIP	MMG	PLS
			●	●	●	●	●	●

## LEGENDE

- REG = regionale Ebene
- AZ = Sanitätsbetriebsebene
- OSP = Krankenhausebene
- DIP = Ebene des Departements für Vorbeugemedizin
- MMG = Allgemeinmediziner
- PLS = Basiskinderärzte



## STANDARD 2

Es gibt eine Organisation mit dem Zweck der Planung und Verwaltung des Impfprozesses.

	<b>Evaluierungsfaktoren</b>	<b>Mögliche Nachweise für die Evaluierung</b>	<b>Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors</b>					
<b>2.1</b>	Die Planung der Aktivitäten auf den verschiedenen Ebenen wird ausdrücklich vorgegeben.	Zeitplan, Plan des Sanitätsbetriebs	REG	AZ	OSP	DIP	MMG	PLS
			●	●	●	●	●	●
<b>2.2</b>	Festgelegt werden die Verantwortlichkeiten und Funktionen der Mitglieder der Arbeitsteams.	Betriebsdokumente, interne offizielle Verfahren	REG	AZ	OSP	DIP	MMG	PLS
				●		●	●	●
<b>2.3</b>	Die Verantwortlichen definieren die für die Erbringung der Impfleistung vorgesehene Organisation.	Organigramm	REG	AZ	OSP	DIP	MMG	PLS
					●	●		
<b>2.4</b>	Die Art und Weise der Erbringung der Impfleistung wird spezifiziert.	Leitlinien, Protokolle, Organisation der Leistungserbringung	REG	AZ	OSP	DIP	MMG	PLS
					●	●		

### STANDARD 3

Es gibt ein Programm zur Qualitätsverbesserung auf der Grundlage von Monitoring und Evaluierung.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors					
			REG	AZ	OSP	DIP	MMG	PLS
3.1	Die Verantwortlichen verfügen über Daten und Informationen zur Verwaltung und Verbesserung der einzelnen Prozessphasen.	Berichte über den Fortschritt der jährlichen, halbjährlichen Impfkampagnen usw.	●			●		
3.2	Die Verantwortlichen überwachen die Ergebnisse und die Leistungsfähigkeit ihres Verantwortungsbereiches.	Entwicklung und Analyse von Hinweisen von Bürgern und Mitarbeitern, klinische Indikatoren		●		●		
3.3	Ein regelmäßiges Monitoring-System über den Fortschritt der Programme auf der Grundlage der Erhebung von Prozess- und Ergebnisindikatoren wird strukturiert.	Programm zur Qualitätsverbesserung	●	●	●	●		
3.4	Die Verantwortlichen integrieren diese Aktivitäten in das (betriebliche, regionale, ...) Programm zur Qualitätsverbesserung.	Berichte über die Impfkampagnen, Vergleiche mit den Vorjahren	●	●	●	●		
3.5	Es existiert ein internes Audit-System, das angewendet wird.	Existenz einer formalen Dokumentation über ein mindestens jährlich durchgeführtes Audit	●		●	●		
3.6	Die Erwartungen und die Zufriedenheit der Bürger werden untersucht, und diese Daten werden in einem Programm zur Qualitätsverbesserung verwendet.	Daten über die Bürgerzufriedenheit und Analyse dieser Daten, Begegnungen mit Bürgervereinen, verschiedenen Stakeholdern			●	●	●	●
3.7	Die Erwartungen und die Zufriedenheit des Personals werden untersucht, und diese Daten werden in einem Programm zur Qualitätsverbesserung verwendet.	Daten über die Personalfriedenheit und Analyse dieser Daten, Begegnungen zur Überprüfung mit dem Dienstpersonal, Besprechungsprotokolle, spontane Gespräche			●	●	●	●

## STANDARD 4

Es gibt eine Personalpolitik, die einen Fortbildungsbedarf feststellt, die Einbeziehung des Personals fördert und dessen Kompetenzen stärker zur Geltung bringt.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors					
			REG	AZ	OSP	DIP	MMG	PLS
4.1	Die Eingliederung von neu eingestellten Mitarbeitern ist klar definiert.	Verfahren zur Eingliederung von neu eingestellten Mitarbeitern			●	●		
4.2	Die vorrangigen Fortbildungsbereiche für das Personal sind definiert.	Fortbildungsplan	●		●	●	●	●
4.3	Pro Jahr und pro Mitarbeiter ist mindestens eine relevante und einschlägige Fortbildung/Schulung dokumentiert.	Fortbildungen, Bescheinigungen, Planung des Schulungsbedarfs			●	●	●	●
4.4	Die Verantwortlichen fördern die Kommunikation und Integration zwischen den internen Mitarbeitern, die an der Erbringung der Impfleistungen beteiligt sind.	Förderung von Gruppenarbeit, Kommunikationsprotokolle, Besprechungen usw.			●	●		
4.5	Das Personal ist an der Definition der Ziele und der Entwicklung der Programme der Dienststelle beteiligt.	Besprechungsprotokolle			●	●		
4.6	Das Personal kennt den Fortschritt im Hinblick auf die Ziele.	Besprechungen, Verteilung der Berichte, interne Mitteilungen			●	●		
4.7	Die Verantwortlichen evaluieren die Leistung des Personals.	Vertrag, Evaluierungsformulare			●	●		

# 2.

## PRÄVENTION UND ERZIEHUNG

Prävention und Gesundheitserziehung sind kennzeichnend und wesentlich in den Bemühungen um die Gesundheitsförderung.

Die Impfpolitiken und der Impfprozess gehören traditionell zu den am stärksten anerkannten und in der Prävention am stärksten verwurzelten Instrumenten und sind Momente, in denen neben der Erbringung der Impfleistung selbst über die Risikofaktoren und eine richtige Lebensweise informiert und eine entsprechende Gesundheitserziehung erbracht werden kann.

Die Impfung ist als Prozess zu verstehen, der in ein Vorher, ein Während und ein Nachher untergliedert ist. Es ist nicht nur eine medizinische, sondern auch eine individuelle, familiäre und gesellschaftliche Handlung: Sie ist für den Einzelnen gedacht, bedeutet aber implizit die Einbeziehung der Familie und dient gleichzeitig der gesamten Gemeinschaft als öffentliches Gesundheitsergebnis.

Bei der Prävention und besonders bei Impfungen verändert sich derzeit die Beziehung zwischen Ärzten und Bürgern und richtet sich an partizipativen Modellen neu aus, bei denen die Information und Überzeugung des Bürgers angestrebt wird, der Entscheidungen treffen und Verhaltensweisen annehmen soll, die erwiesenermaßen gesundheitsfördernd sind.

Insofern ist es notwendig, dass der regionale Gesundheitsdienst über seine Akteure (Regionaldirektion, regionale Gesundheitsagentur, Sanitätsbetriebe und Krankenhäuser, Departements für Vorbeugemedizin, Allgemeinmediziner und Basiskinderärzte) und über angemessene Formen der Information und Kommunikation eine Beziehung zu seiner Gemeinschaft (einzelne Nutznießer und Einrichtungen im Allgemeinen) aufbaut, die den ausgesprochenen und nicht ausgesprochenen Bedürfnissen Rechnung tragen.

Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang die Fähigkeit, in der stärker multiethnisch und multikulturell geprägten Gemeinschaft arbeiten und kulturelle und gemeinsame Probleme bewältigen zu können.

## STANDARD 1

Die Mitarbeiter verfügen über kulturelle Instrumente, um den Bürger zu beteiligen und ihn eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess übernehmen zu lassen.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
1.1	Es gibt Belege dafür, dass alle an den Impfungen beteiligten Mitarbeiter alle zwei Jahre an Informations- und Diskussionsveranstaltung über die Eigenschaften der versorgten Bevölkerung teilnehmen.	Beleg der Teilnahme an Begegnungen zu diesem Thema	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
1.2	Es gibt Belege dafür, dass alle an den Impfungen beteiligten Mitarbeiter regelmäßig an Besprechungen teilnehmen, bei denen Themen in Verbindung mit Impfungen besprochen werden (Änderungen des Impfkalenders, neue Impfstoffe usw.).	Besprechungsprotokolle	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ●

## STANDARD 2

Das Personal der Einrichtung verfügt systematisch über aktuelles wissenschaftliches Material und Daten über die Aktivitäten.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
2.1	Alle Mitarbeiter verfügen über die einschlägige nationale, regionale und betriebsinterne Impfdokumentation.	Präventionspläne, Leitlinien, wissenschaftliches Material	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
2.2	Alle Mitarbeiter haben Internet-Zugang zur Konsultation der offiziellen Websites im Hinblick auf Impfungen (NIV usw.)	PC-Zugang, Passwort, gemeinsame Nutzung von Dokumenten	REG OSP DIP MMG PLS ● ● (●) (●)

(●) in dieser ersten Phase fakultativ

### STANDARD 3

Alle Mitarbeiter setzen den Prozess der Impfberatung um.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
3.1	Die Mitarbeiter verfügen über eine Leitlinie für die Durchführung der Beratung.	Einhaltung der Impfrege- lung und Anhänge	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
3.2	Es gibt Belege über eine regelmäßige Schulung zur Impfberatung.	Fortbildungsplan und Teilnahmenachweise	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
3.3	Die Kontaktdauer sieht eine angemessene Zeitspanne für die Beratung zu Impftyp und –kalender vor (in jedem Fall nicht unter 10 Minuten).	Planung	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●

### STANDARD 4

Es werden Gesundheitsförderkampagnen für die Bevölkerung durchgeführt, wenn sie in den Plänen des Sanitätsbetriebs vorgesehen sind.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
4.1	Die vom Departement für Vorbeugemedizin und vom Sanitätsbetrieb aufgelegten Gesundheitsförder- und Präventionsprogramme sehen die Einbeziehung der Bürger vor.	Beleg der Miteinbeziehung der Bürger in die Gesundheitspräventionsprogramme	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
4.2	Die aktiven Programme sind für die Bürger leicht verfügbar.	Informationsmaterial – Internet	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
4.3	Es gibt Belege für durch den Leistungsträger veranstaltete Informationsinitiativen für bestimmte Bevölkerungszielgruppen (z.B. schwangere Frauen).	Informationsmaterial - Internet	REG OSP DIP MMG PLS ● ●

# 3 ■

## SICHERHEIT UND QUALITÄT

Sicherheit und Qualität sind in jedem Versorgungsprozess untrennbar miteinander verbunden. Ziel ist die Vermeidung von Systemfehlern und -abweichungen. Dies erfordert, dass auf den verschiedenen Systemebenen gehandelt werden muss, wobei alle Teile zu berücksichtigen sind, die mittelbar oder unmittelbar zu einer Funktionsstörung oder zu einem Fehler führen und dem Nutznießer der Leistung wahrscheinlich einen Schaden zufügen können.

Heut wird gefordert, dass der Gesundheitsdienst nachweist, die geplanten Ergebnisse erreicht bzw. die bestmöglichen Lösungen für die erkannten Probleme gefunden zu haben.

Die verfügbaren Belege zeigen, dass die Sicherstellung einer hohen Qualität und Sicherheit einen integrierten Ansatz aller am Impfprozess Beteiligten erfordert und de facto einer der Indikatoren für die gute Funktionsweise des gesamten Systems ist.

## STANDARD 1

Die Arbeitsbereiche sind angemessen im Hinblick auf die Art der erbrachten Leistungen und die Eigenschaften und Anzahl der versorgten Bürger und entsprechen den organisatorischen Mindestanforderungen sowie den Anforderungen in Verbindung mit dem Schutz der Privatsphäre und der Sicherheit.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
1.1	Es gibt ein Wartezimmer, das als Aufnahme vor der Impfung und für die Überwachung nach der Impfung dient.	Gebäudekarte, Flächenangaben	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
1.2	Das Wartezimmer ist auch kindergerecht mit Spielbereich und einem dem Wickeltisch vorbehaltenen Bereich.	Geeignete Bereiche vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
1.3	Es gibt getrennte Toiletten für die Nutznießer und das Personal und, wo gesetzlich vorgeschrieben, auch für Menschen mit Behinderung.	Getrennte Toiletten für Nutznießer und Personal und/oder Menschen mit Behinderung vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
1.4	Der Raum verfügt über angemessene Lüftung und Beleuchtung.	Vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
1.5	Boden und Wände sind abwaschbar und desinfizierbar.	Vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
1.6	Es gibt ein geeignetes System zum Händewaschen (Waschbecken mit nichtmanueller Bedienung und Handreinigungsprodukten).	Geeignete Vorrichtungen vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
1.7	Es gibt eine Liege mit Fallschutz.	Geeignete Einrichtung vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
1.8	Es gibt Arbeitsplatten und/oder -wagen.	Geeignete Einrichtung vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
1.9	Es gibt einen abgetrennten Umkleidebereich.	Geeignete Bereiche vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
1.10	Es gibt separate Räume / Bereiche für die Lagerung von sauberem und schmutzigem Material.	Geeignete Bereiche vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●



## STANDARD 2

Die geltenden gesetzlichen Vorschriften im Bereich Sicherheit für die Prävention von Umweltgefahren und den Schutz derjenigen, die Zugang zur Einrichtung (Nutznießer, Personal, Besucher) haben, werden beachtet.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors					
			REG	AZ	OSP	DIP	MMG	PLS
2.1	Außerhalb und innerhalb der Einrichtung sind Wegweiser für den Zugang der Bürger zur Einrichtung und die Erkennung der Wege vorhanden.	Vorhanden		●	●	●		
2.2	Der Zugang ist leicht und weist keine architektonischen Hindernisse auf.	Vorhanden		●	●	●		
2.3	Es gibt Programme, die garantieren, dass alle Personen in der Einrichtung vor Feuer, Rauch oder anderen Notfällen sicher sind.	Schulungen über Brandschutzvorschriften, Bescheinigungen, Hinweisschilder		●	●	●		
2.4	Der Plan nennt alle im Notfall zu treffenden notwendigen Maßnahmen (vorbeugende Maßnahmen, Warnung, Management der kritischen Phasen, Evakuierung, falls erforderlich).	Notfallmanagement bei Brand, Hinweisschilder mit Fluchtwegen, Position der Feuerlöscher usw.		●	●	●		
2.5	Der Brand- und Rauchschutzplan wird zusammen mit den verschiedenen Warn- und Löschvorrichtungen regelmäßig abgenommen, die Ergebnisse werden dokumentiert.	Dokumente über die regelmäßige Wartung von Feuerlöschern, Hydranten usw.		●	●	●		
2.6	Für medizinische Notfälle gibt es einen Mindestvorrat an Medikamenten und medizinischer Ausrüstung, so wie von der Impfgelung vorgesehen.	Medikamente und medizinische Ausrüstung vorhanden		●	●	●		
2.7	Das Personal ist geschult und weiß um die Rolle, die jeder Einzelne im technischen und/oder medizinischen Notfall übernehmen muss.	Schulungsbescheinigungen		●	●	●	●	●

### STANDARD 3

Es gibt ein Programm für das gute Management der verwendeten Geräte und Anlagen.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
3.1	Es gibt eine Dokumentation darüber, dass die verwendeten Geräte den gesetzlichen Vorschriften entsprechen.	Dokumente, die bescheinigen, dass die Geräte die gesetzlichen Vorschriften erfüllen (CE-Zeichen)	REG AZ OSP DIP MMG PLS ● ● ●
3.2	Es gibt ein offizielles Programm für die ordentliche Gerätewartung.	Bescheinigungen über die regelmäßige jährliche, halbjährliche usw. Wartung	REG AZ OSP DIP MMG PLS ● ● ●
3.3	Die Überwachungsdaten für das Gerätewartungsprogramm werden erhoben.	Bescheinigungen über die regelmäßige jährliche, halbjährliche usw. Wartung	REG AZ OSP DIP MMG PLS ● ● ●
3.4	In den Haupteinrichtungen gibt es Kühlschränke mit Systemen zur Kontrolle der Tiefst- und Höchsttemperatur (Temperaturaufzeichner), mit Alarmsystem und Anschluss an USV-Einheiten.	Kühlschrank mit Pufferbatterie vorhanden	REG AZ OSP DIP MMG PLS ● ● ●
3.5	In den Nebeneinrichtungen gibt es einen Kühlschrank mit Systemen zur Kontrolle der Tiefst- und Höchsttemperatur	Kühlschrank, Tiefst- und Höchsttemperaturmesser mit regelmäßiger Temperaturaufzeichnung vorhanden	REG AZ OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
3.6	Die Elektrik, die Wasserleitungen und die anderen grundlegenden Anlagen werden regelmäßig inspiziert und wirksam instand gehalten und, wenn erforderlich, Verbesserungen unterzogen.	Dokumentation über die außerordentliche Wartung vorhanden	REG AZ OSP DIP MMG PLS ● ● ●
3.7	Die Verfahren zur Beantragung der notwendigen Wartungseingriffe außerhalb der festgelegten Programme sind beschrieben.	Schriftliches Verfahren für die ordentliche und außerordentliche Instandhaltung	REG AZ OSP DIP MMG PLS ● ● ●

## STANDARD 4

Es gibt Belege für die Anwendung einer Politik zur Vorbeugung der Berufsrisiken und zum Schutz der Mitarbeiter.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors					
			REG	AZ	OSP	DIP	MMG	PLS
4.1	Es gibt Unterlagen über die regelmäßige Erfassung der Berufsrisiken.	Erfassung der Risiken usw.			●	●		
4.2	Es gibt Unterlagen darüber, dass die Mitarbeiter über diese Risiken und die jeweiligen Vorbeugungstechniken informiert, geschult und trainiert sind.	Schulungen über die Sicherheit (biologisches, chemisches Risiko usw.)		●	●	●	●	●
4.3	Die Mitarbeiter besitzen eine spezifische persönliche Schutzausrüstung (PSA) für die Risiken, denen sie ausgesetzt sind, und benutzen sie bei ihrer Arbeit.	Schulungsbeleg, Anwendung der PSA entsprechend den Schulungen			●	●		
4.4	Die Politik zur Vorbeugung von Unfällen mit biologischem Risiko und die Verhaltensweise bei einem entsprechenden Unfall ist festgelegt.	Verfahren			●	●		

## STANDARD 5

Es gibt ein System für Monitoring, Überwachung, Kontrolle und Prävention von Ereignissen, die die Sicherheit der Bürger und des Personals gefährden.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
5.1	Die Aufrechterhaltung der Kühlkette an allen Stellen, an denen Impfleistungen erbracht werden, wird garantiert (auch außerhalb der Gesundheitseinrichtung).	Kühlschrank mit Pufferbatterie und tragbarer Kühlschrank oder ähnliches, Plan zur Aufrechterhaltung der Kühlkette usw. vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
5.2	Es gibt Belege dafür, dass der Impfprozess an den Risikopunkten Analysen unterzogen wird und dass diese Analysen zu Verbesserungen in den als vorrangig geltenden Bereichen geführt haben.	Belege der Analysen und getroffenen Maßnahmen	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
5.3	Es gibt ein bestimmtes Verfahren für die Entsorgung abgelaufener Impfstoffe.	Bestimmtes Verfahren	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
5.4	Maßnahmen und Verfahren zur Vorbeugung der Infektionsgefahr wurden eingeführt (Einführung von Standard- und Zusatzvorsichtsmaßnahmen, falls vorgesehen, Verfahren für die richtige Händereinigung).	Protokolle für die Händereinigung und die Durchführung dieser Protokolle, Protokolle für die Entsorgung von Einwegmaterial vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
5.5	Das Monitoring umfasst die Daten über Unfälle in der Einrichtung (Unfallberichte), und diese Daten werden in einem Programm zur Verbesserung des Gefahrenmanagements verwendet.	Modell für Berichterstattung, Meldung und Analyse von Unfällen vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ● ●

# 4.

## DER IMPFPROZESS

In diesem Leitfaden gehören zum Impfprozess alle Phasen von der Planung bis zur Überprüfung der Impfergebnisse unter Berücksichtigung der Verantwortlichkeiten, der notwendigen Ressourcen, der Zeiten und geplanten Ergebnisse.

Die Einführung eines Dokumentationssystems stellt in diesem Sinne den Referenzrahmen dar, in dem Verfahren und Protokolle zu Instrumenten zur Reduzierung der wechselhaften Verhaltensweisen und zur Verbesserung der Prozesssicherheit werden.

Insofern ist das Vorhandensein von schriftlichen Verfahren anzustreben, die möglichst in einem Leitfaden zusammengetragen werden und allen Akteuren zugänglich sind.

In dieser Hinsicht ist die von der Region FJV verabschiedete Impfregelung ein Schlüsselinstrument.

Der Prozess wird in die Phase vor der Impfung, die Impfphase und die Phase nach der Impfung unterteilt.

### PHASE VOR DER IMPFUNG

#### STANDARD 1

Es gibt ein Dokumentationssystem für die spezifischen Aktivitäten in Verbindung mit den Arbeitsabläufen der Impfstelle.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
1.1	Die Verfahren nennen klar den Autoren.	Überprüfung der einzelnen Verfahren	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
1.2	Die Verfahren nennen das Datum der Erstfassung und eventuell später erfolgte Überarbeitungen.	Überprüfung der einzelnen Verfahren	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
1.3	Die Verfahren geben eventuelle Literaturhinweise (Gesetzgebung und/oder Leitlinien) zur Unterstützung des Beschriebenen an.	Überprüfung der einzelnen Verfahren	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
1.4	Die Verfahren werden offiziell von den vorgesehenen Ebenen genehmigt.	Beschluss, Genehmigung des benannten Verantwortlichen	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
1.5	Die Verfahren wurden unter den Mitarbeitern bekannt gemacht.	Übermittlungsdokumente, Besprechungsprotokolle	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ●

## STANDARD 2

Die Einkaufspolitik für Impfstoffe ist klar definiert.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
2.1	Der Einkauf der Impfstoffe entspricht den Politiken der Region und des Sanitätsbetriebs.	Dekrete, regionale und sanitätsbetriebliche Vorschriften	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ●
2.2	Es gibt ein festgelegtes Jahresbudget für den Einkauf von Impfstoffen, das den Zielen der Region und des Sanitätsbetriebs entspricht.	Haushaltsunterlagen	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ●
2.3	Die Einkaufsverfahren sehen die Definition der Qualitätsstandards für die verschiedenen Impfstoffe vor.	Schriftliche Verfahren für Qualitätsstandards	REG OSP DIP MMG PLS ●
2.4	Die Qualitätsstandards der Impfstoffe werden vom Personal der Gesundheitseinrichtungen in Verbindung mit den besten verfügbaren wissenschaftlichen Nachweisen definiert.	Schriftlicher Bericht	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
2.5	Die Versorgung mit Impfstoffen sieht eine Wechselwirkung zwischen denjenigen, die Impfstoffbedarf anmelden, und denjenigen, die den Einkauf (auch die zentrale regionale Versorgungsstelle Centro Servizi Condivisi, sofern vorgesehen) vornehmen, vor.	Spezifisches Verfahren	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ●

## STANDARD 3

Es gibt ein Verfahren für die Planung und Organisation der einzelnen Impfungen.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
3.1	Das Verfahren regelt die Beschreibung der Pflichtimpfungen und der Impfeempfehlungen.	Nationale und regionale Vorgaben	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
3.2	Das Verfahren regelt die Verteilung der Impfungen unter Kindern und Erwachsenen.	Nationale und regionale Vorgaben	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
3.3	Das Verfahren regelt die Verwaltung der Impfaufrufe.	Verfahren	REG OSP DIP MMG PLS ●
3.4	Das Verfahren regelt die Verwaltung der Nichterfüllungen.	Verfahren	REG OSP DIP MMG PLS ●
3.5	Das Verfahren beschreibt die Fälle und die Techniken von Beratung und Prophylaxe für internationale Reisende.	Rundschreiben, wissenschaftliche Dokumentation	REG OSP DIP MMG PLS ●

## IMPFPHASE

### STANDARD 4

Der organisatorische Kontext, in dem die Impfung erfolgt, sowie die Verantwortlichkeiten aller Beteiligten sind definiert.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
4.1	In der Einrichtung ist die von der Region verabschiedete Impfregelung verfügbar.	Impfregelung vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
4.2	Ein Arzt ist in der Einrichtung, in der die Impfung erfolgt, anwesend und greift in den vom Fachpersonal genannten Fällen ein.	Anwesenheit gemäß Impfregelung	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
4.3	Das Fachpersonal wurde formal mit der Impfung beauftragt und ist identifizierbar.	Interner Beschluss und Präsenz von Namensschild und Dienstkleidung	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
4.4	Das Fachpersonal bereitet vor Beginn der Impfung alles Notwendige vor und führt die erforderlichen Kontrollen entsprechend den Bestimmungen der regionalen Impfregelung durch.	Verfahren gemäß Impfregelung	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
4.5	Das Fachpersonal nimmt die eindeutige Identifizierung der zu impfenden Person vor.	Einhaltung der Impfregelung	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
4.6	Das Fachpersonal führt die Beratung vor der Impfung durch.	Einhaltung der Impfregelung	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
4.7	Das Fachpersonal wendet die Verfahrensbestimmungen für die Durchführung der Impfung an.	Einhaltung der Impfregelung	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
4.8	Das Fachpersonal gibt die Daten der geimpften Person in das regionale Informationssystem ein (Personenangaben, Impfstoff, die zu einem späteren Zeitpunkt zu verabreichende Impfdosis, wann dies zu geschehen hat).	Einsichtnahme in die Daten des regionalen Informationssystems	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
4.9	Das Fachpersonal ist in Erster Hilfe und Herz-Lungen-Wiederbelebungstechniken geschult.	Bescheinigung über die Teilnahme an BLS- und PBLs-Kursen	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●

## STANDARD 5

Für jede Impfung gibt es ein eigenes Verfahren.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
5.1	Das Verfahren bestimmt die Impfindikationen.	Nationale und regionale Vorgaben, wissenschaftliche Dokumentation	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
5.2	Das Verfahren bestimmt die Anamnese und Beurteilung der Antikörpertitel.	Impfregelung, Verfahren (Checkliste Anamnese...)	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
5.3	Das Verfahren bestimmt den Impfkalender.	Nationale und regionale Vorgaben	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
5.4	Das Verfahren bestimmt die Kontraindikationen.	Impfregelung und Anhänge	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
5.5	Das Verfahren bestimmt die möglichen Wechselwirkungen.	Impfregelung und Anhänge	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
5.6	Das Verfahren bestimmt die Inokulationspunkte der Impfstoffe.	Betriebsverfahren	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
5.7	Das Verfahren bestimmt die zu verabreichenden Impfdosen.	Technische Karten	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
5.8	Das Verfahren sieht vor, dass der Bürger für jeden einzelnen Impfstoff Informationsmaterial zur Verfügung hat und dass der Anteil der unerwünschten Impfreaktionen und das Risiko-Nutzen-Verhältnis der Impfungen zum Zweck der Einholung der Einwilligung nach Aufklärung erläutert werden.	Technische Karten	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
5.9	Das Verfahren bestimmt den Ausdruck / die Einholung der Einwilligung nach Aufklärung.	Impfregelung und Anhänge	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●



## PHASE NACH DER IMPFUNG

### STANDARD 6

Dem Geimpften wird die Versorgung nach der Impfung sichergestellt.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
6.1	Das Fachpersonal, das die Impfung vorgenommen hat, nimmt die postvaksinale medizinische Überwachung gemäß der Impfrege lung vor.	Überprüfung des Verhaltens gemäß der Impfrege lung	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
6.2	Das Fachpersonal gibt Informationen und Ratschläge zu eventuell auftretenden postvaxi nalen Nebenwirkungen und be nutzt dafür auch das Informationsmaterial gemäß Anhang E der Impfrege lung.	Überprüfung des Verhaltens gemäß der Impfrege lung	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●

### STANDARD 7

Mit Abschluss der Impfungen wird die Durchführung der Aktivitäten zur Wiederherstellung des Arbeitsbereiches sichergestellt.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
7.2	Die Bestimmungen gemäß dem Verfahren zur Abfallsammlung und -entsorgung werden angewendet.	Verfahren vorhanden Prüfung der Entsprechung von Inhalten und Verhaltensweise	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
7.3	Die Bestimmungen gemäß dem Hygieneverfahren für Umwelt und Geräte werden angewendet.	Verfahren vorhanden Prüfung der Entsprechung von Inhalten und Verhaltensweise	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
7.4	Die Bestimmungen gemäß dem Verfahren zur Versorgung und Lagerung des Verbrauchmaterials werden angewendet.	Verfahren vorhanden Prüfung der Entsprechung von Inhalten und Verhaltensweise	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
7.5	Die Bestimmungen gemäß dem Verfahren zur regelmäßigen Kontrolle aller Medikamente, Vorräte und verderblichen Materialien werden angewendet.	Verfahren vorhanden Prüfung der Entsprechung von Inhalten und Verhaltensweise	REG OSP DIP MMG PLS ● ●

# 5.

## INFORMATIONSMANAGEMENT

Das Informationsmanagement muss in Verbindung mit Impfungen alle relevanten Informationen (zum Beispiel interne Verfahren und Impfergebnisse) umfassen, die den Informationsbedürfnissen des regionalen Gesundheitswesens und der Bürger dienen.

Es ist wichtig, dass der Gesundheitsdienst:

- seinem eigenen Informationsbedarf Ausdruck verleiht
- die Datenerhebungs- und Informationsquellen definiert
- die Datenverarbeitung spezifiziert
- das Übermittlungs- und Berichterstattungssystem angibt.

Das Informationssystem muss somit die Zuweisung von Verantwortlichkeiten vorsehen, was Datenverwaltung und -verwendung, Datentypologie, Beschreibung der Datenflüsse, Zugangsebenen, Schutzmaßnahmen und deren Überprüfung betrifft. Bei der Prüfung der Informationssystemarchitektur und der Eigenschaften der Datenbanken muss notwendigerweise die Anwendung der Mindestsicherheitsvorkehrungen entsprechend den gesetzlichen Vorschriften beachtet werden.

Der Prozess, der die Informationen der Gesundheitseinrichtung betrifft, sieht nicht nur die Verwaltung von Daten vor, die einen internen Zweck erfüllen, sondern berücksichtigt den gesamten Informationsbereich, der für die Bürger von Interesse ist.

Außerdem ist die Organisation der Einrichtung und das garantierte Leistungsangebot bekannt zu machen, sofern dies für die Bürger von Nutzen ist: Art des Leistungsangebots, Fristen, Stellen und Art der Leistungserbringung sowie Art der Aufrufe / Warnung durch den Gesundheitsdienst. Dies hat entsprechend den Standards von **Kapitel 2** Prävention und Erziehung und **Kapitel 7** Notfälle zu geschehen.

## STANDARD 1

Es gibt ein Impfhandbuch des regionalen Informationssystems RIS, in dem die Zugangsmodalitäten geregelt sind für:

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
1.1	Die Dateneingabe und –verwaltung	Online-Handbuch	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
1.2	Die Verwaltung der Impfaufrufe	Online-Handbuch	REG OSP DIP MMG PLS ●
1.3	Die Lagerverwaltung	Online-Handbuch	REG OSP DIP MMG PLS ●
1.4	Die Registrierung der unerwünschten Impfreaktionen	Online-Handbuch	REG OSP DIP MMG PLS ●
1.5	Die Berechnung der Durchimpfungsrate	Online-Handbuch	REG OSP DIP MMG PLS ● ●

## STANDARD 2

Es gibt Belege für die Anwendung der Sicherheitsvorkehrungen für die vertrauliche Datenverarbeitung.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
2.1	Die Verantwortlichen und Beauftragten für die Datenverarbeitung werden offiziell ernannt.	Schriftliche Ernennung mit offiziellem Dokument	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
2.2	Alle für die Dateneingabe zuständigen Mitarbeiter verfügen über ein persönliches Passwort.	Passwort vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
2.3	Die Print-Dokumente werden vor externer Einsichtnahme geschützt.	Schränke und Archive mit Schloss	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
2.4	Es gibt offizielle Verhaltensvorschriften für den Zugang zu und die Weitergabe von Daten und Bescheinigungen unter Beachtung der Vertraulichkeit.	Schriftliche Ernennung gemäß den gesetzlichen Vorschriften	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●

### STANDARD 3

Die Impfdaten werden in Echtzeit oder in jedem Fall systematisch und unverzüglich in das regionale Informationssystem RIS eingegeben.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
3.1	Die Mitarbeiter sind in der Lage, in Echtzeit Zugang zu den Impfdaten zu erhalten.	Existenz eines RIS, Print-Archiv	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
3.2	Die Mitarbeiter sind in der Lage, die Impfdaten in Echtzeit (im Tagesverlauf) einzugeben/zu verarbeiten.	Existenz eines RIS – täglicher Ausdruck oder ähnliches	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
3.3	Die Allgemeinmediziner/Basiskinderärzte übermitteln die Impfdaten unverzüglich (maximal 1 Monat) an das Departement für Vorbeugemedizin.	Übermittlungsnachweise	REG OSP DIP MMG PLS ● ●

### STANDARD 4

Die Bürger verfügen über angemessene und vollständige Informationen über den Impfdienst und die Impfungen.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
4.1	Es gibt Informationsmaterial für die Bürger (Print-Material, Online-Material usw.)	Website, Informationsbroschüren usw.	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
4.2	Die Bürger sind über die Organisation der Einrichtung informiert: Öffnungszeiten, Wartezeiten, Telefonnummern	Dienstleistungscharta, Broschüren, Bürgerschalter, Website	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
4.3	Es gibt einen Impfausweis, der bei der Geburt übergeben wird.	Existenz des Impfausweises	REG OSP DIP MMG PLS ●

# 6 ■

## LEISTUNG

Die Akkreditierung eines Prozesses, an dem verschiedene Akteure und Organisationsebenen beteiligt sind, bedeutet die Aufschlüsselung der Gesamtleistung des Systems in die einzelnen Prozessphasen und die Leistungen der Einzelnen, um so zu einem zusammenfassenden Gesamturteil zu gelangen.

Die hier untersuchten Leistungen werden von den Impfergebnissen dargestellt, sowohl quantitativ (Output) als auch qualitativ als Auswirkung auf die Gesundheit und Bekanntmachung unter allen betroffenen Akteuren.

### STANDARD 1

Es gibt den Beleg, dass die Aktivität der Einrichtung den vom Departement für Vorbeugemedizin definierten Gesundheitszielen entspricht.

	Evaluiierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
1.1	Die Durchimpfungsraten werden insgesamt und nach Impfstoff angegeben.	Bericht der Einrichtung, amtliche Dokumente	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
1.2	Die Erkrankungsdaten für alle impfpräventablen Infektionskrankheiten werden angegeben.	Meldebericht für Infektionskrankheiten	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ●
1.3	Es gibt Belege dafür, dass die Daten über den Anteil impfpräventabler Krankheiten an die operativen Stellen weitergeleitet werden.	Begegnungen, Berichte, Befunde	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
1.4	Die Leistungsindikatoren des Gesundheitsdienstes sind vergleichbar.	Zusammenfassende Berichte	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ●
1.5	Die Leistungen der einzelnen Impfstellen des Sanitätsbetriebs – CRM (regionale Arztcodes) werden evaluiert und verglichen.	Bericht	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●

## STANDARD 2

Es gibt einen Beleg dafür, dass die Bürger, die den Impfaufrufen nicht folgen, vom Impfzentrum kontaktiert werden.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
2.1	Die Gründe für das Nichterscheinen beim Aufruf werden analysiert.	Bericht der Gesundheitseinrichtung	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
2.2	Ablehnungen von Impfungen werden analysiert und interpretiert und leiten eine Überprüfung der Impfpolitik des Gesundheitsdienstes ein.	Bericht der Gesundheitseinrichtung	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ●

## STANDARD 3

Unerwünschte Impfreaktionen werden ständig überwacht.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Mögliche Nachweise für die Evaluierung
3.1	Es gibt einen Beleg dafür, dass den impfenden Ärzten die Mitteilung unerwünschter Impfreaktionen erleichtert wird.	Verfahren der Kommunikationsweise	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
3.2	Unerwünschte Impfreaktionen werden regelmäßig analysiert und den zuständigen (regionalen, nationalen und europäischen) Einrichtungen mitgeteilt.	Bericht über unerwünschte Impfreaktionen	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ●

## STANDARD 4

Ein Tätigkeitsbericht der Einrichtung wird erstellt.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
4.1	Mindestens einmal jährlich wird ein zusammenfassender Bericht über den Fortschritt im Hinblick auf die Ziele erstellt.	Bericht	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ●
4.2	Der Bericht enthält die Daten über die Durchimpfungs-, Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten wegen Krankheiten und unerwünschter Impfreaktionen.	Bericht	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
4.3	Der Bericht wird zügig unter den Mitarbeitern der Einrichtung, den anderen Einrichtungen des Sanitätsbetriebs, den Allgemeinmedizinern/Basiskinderärzten und den Ansprechpartnern der Einrichtung (Stakeholder) verteilt.	Beleg der Mitteilungen, Bericht, Website (Übermittlungsschreiben, Besprechungen, usw.)	REG OSP DIP MMG PLS ● ●

### STANDARD 5\*

Die Zufriedenheit der Bürger wird evaluiert.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
5.1	Es besteht für den Nutznießer oder dessen Angehörigen die Möglichkeit, Hinweise / Kommentare zur Impftätigkeit zu geben.	Vordrucke zum Ausfüllen, Kasten zum Sammeln der Vordrucke	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ●
5.2	Beschwerden / Hinweise der Bürger werden von den Mitarbeitern regelmäßig analysiert und interpretiert.	Bürgerschalter	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
5.3	Untersuchungen über die Zufriedenheit der Nutznießer von Impfungen werden regelmäßig durchgeführt.	Analytischer Bericht, Fragebögen, Telefonumfragen	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
5.4	Die Untersuchungsergebnisse führen zur Verbesserung des Leistungsangebots.	Projekt zur Qualitätsverbesserung	REG OSP DIP MMG PLS ● ●

### STANDARD 6\*

Regelmäßig wird eine Evaluierung des Betriebsklimas als Indikator für die Zufriedenheit der Mitarbeiter durchgeführt.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
6.1	Die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihrer Arbeit und der Organisation der Einrichtung, in der sie ihre Arbeit erbringen, wird gemessen.	Regelmäßige Besprechungsprotokolle	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
6.2	Es gibt einige Indikatoren zur Messung des Zufriedenheitsgrades, die benutzt werden.	Belege (Fehlzeiten, Teilnahme)	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
6.3	Wenn Probleme auftreten, gibt es dokumentierte Initiativen zur Verbesserung und Überprüfung der Ergebnisse.	Besprechungsprotokolle	REG OSP DIP MMG PLS ● ●
6.4	Es gibt Belege für die Anwendung von Leistungsprämienystemen für die Mitarbeiter.	Leistungsprämien, Fortbildungen, Anerkennungen	REG OSP DIP MMG PLS ● ●

\* Siehe auch Kapitel 1 Politik und Führungsrolle und Kapitel 3 Sicherheit und Qualität, mit dem dieser Standard zu verbinden ist.

# 7

## NOTFÄLLE

Die Einzelpersonen oder Einrichtungen, die sich mit Impfungen befassen, können beim Auftreten dreier verschiedener Notfallsituationen gerufen werden:

- Pandemien
- Naturkatastrophen
- Bioterrorismus (z.B. Pocken).

Eine Bewältigung dieser Notfallsituationen erfordert ein Netz an professionellen Akteuren und Einrichtungen, die am Impfprozess beteiligt sind. Die Akteure, die an diesem Netz mitwirken, gehören nicht nur dem Gesundheitsdienst an, sondern auch anderen Sektoren, wie zum Beispiel dem Katastrophenschutz.

Die Kommunikation innerhalb des Netzwerkes ist wichtig, um zu wissen, welche Ereignisse eintreten können, wann und wie das Netzwerk zu aktivieren (z. B. einen Aktivierungscode definieren) und wie koordiniert vorzugehen ist.

Das Management von vorbeugbaren Impfnoständen erfordert auch das Kommunikationsmanagement mit den Medien, um die Bevölkerung darüber zu informieren und zu sensibilisieren, wie sie sich zu verhalten hat, um das Ereignis unter Kontrolle zu halten (Erstellung eines Kommunikationsplans, Ernennung eines Sprechers).

Ein wirksames Notfallmanagement erfordert eine wirksame Schulung und ein regelmäßiges Training in Verbindung mit der Aktivierung des Netzwerkes. Insgesamt muss jeder einzelne Akteur und jede Einrichtung folgendes kennen:

- Meldewege und Informationsflüsse bei Notfallsituationen
- wie man Zugang zu den diagnostischen, klinischen und präventivmedizinischen Informationen erhält
- welche Leitlinien für ein homogenes Management der Ereignisse zu verabschieden sind.

Jeder Akteur muss außerdem regelmäßig an Schulungen teilnehmen, bei denen auch Personalübungen vorgesehen sind.



## STANDARD 1

Das Departement für Vorbeugemedizin hat einen Plan für das Management eines vorbeugbaren Impfnotstandes.

	<b>Evaluierungsfaktoren</b>	<b>Mögliche Nachweise für die Evaluierung</b>	<b>Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors</b>
<b>1.1</b>	Es gibt einen Regionalplan für Infektionsnotstände, der die Hauptakteure wie Krankenhäuser, Departements für Vorbeugemedizin, Allgemeinmediziner und Basiskinderärzte miteinbezieht.	Regionaler Notfallplan	REG OSP DIP MMG PLS ●
<b>1.2</b>	Der Impfdienst / das Departement für Vorbeugemedizin stellt die Verzeichnisse der im Notfall / bei einer Pandemie zu impfenden Bevölkerungsgruppen zusammen, die vorrangig sind bzw. bei denen Komplikationen auftreten können, und bringt diese auf den neuesten Stand.	Aktuelles Verzeichnis der Risikogruppen (> 65 Jahre und immungeschwächt, Gesundheitspersonal, Schul- und Militäreinrichtungen, usw.)	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ●
<b>1.3</b>	Es gibt ein Verzeichnis der sanitätsbetriebsinternen Räumlichkeiten und der Mitarbeiter, die im Notfall / bei einer Pandemie für Impfungen bereit stehen.	Räumlichkeiten innerhalb des Sanitätsbetriebs	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ●
<b>1.4</b>	Es gibt einen Organisationsplan, in dem die Lagerungsweise der Impfstoffe angegeben ist.	Plan und Verzeichnis	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ●

## STANDARD 2

Es gibt Belege dafür, dass die Gesundheitseinrichtung in ein Netzwerk von Einrichtungen und professionellen Akteuren eingebunden ist, das das Management von impfpräventablen Notfallsituationen zum Ziel hat.

	Evaluierungsfaktoren	Mögliche Nachweise für die Evaluierung	Anwendbarkeitsebene des Evaluierungsfaktors
2.1	Das Departement für Vorbeugemedizin verfügt über die Zugangsberechtigungen zu Datenbanken von Infektionskrankheiten, Krankenhausentlassungsbögen, Sterblichkeitsraten.	Zugang zu Datenbanken, Berechtigung vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ●
2.2	Es gibt ein aktuelles Verzeichnis aller Allgemeinmediziner, Basiskinderärzte und ein aktuelles Verzeichnis der Krankenhausärzte im jeweiligen Zuständigkeitsbereich mit Anschrift, Tel.-Nr., Fax, E-Mail.	Vollständiges Verzeichnis mit Adressen	REG OSP DIP MMG PLS ●
2.3	Die Referenzlaboratorien für die Diagnose einzelner Krankheiten sind festgelegt.	Laborverfahren und -verzeichnis mit den speziellen einschlägigen Untersuchungen	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ●
2.4	Es gibt einen Notfallplan, der im Notfall die Kommunikation zwischen über- und untergeordneten Einrichtungen der Impfstellen regelt.	Kommunikation, Notfallplan	REG OSP DIP MMG PLS ● ● ● ● ●
2.5	Es gibt einen Plan zur Sicherstellung einer sofortigen Bereitschaft seitens der Mitarbeiter der verschiedenen Einrichtungen zur Bewältigung der öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen.	Plan vorhanden	REG OSP DIP MMG PLS ● ●



Ausgabe Mai 2008

