

Anhang 1

der Qualitätsverträge betreffend die Qualitätsentwicklung im Sinne von Art. 58a KVG

zwischen

H+ Die Spitäler der Schweiz, curafutura und santésuisse

sowie zwischen

H+ Die Spitäler der Schweiz, der Medizinaltarifkommission UVG, der Invalidenversicherung
und
der Militärversicherung.

Konzept zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

Version 1.0, 31.03.2022

Inhalt

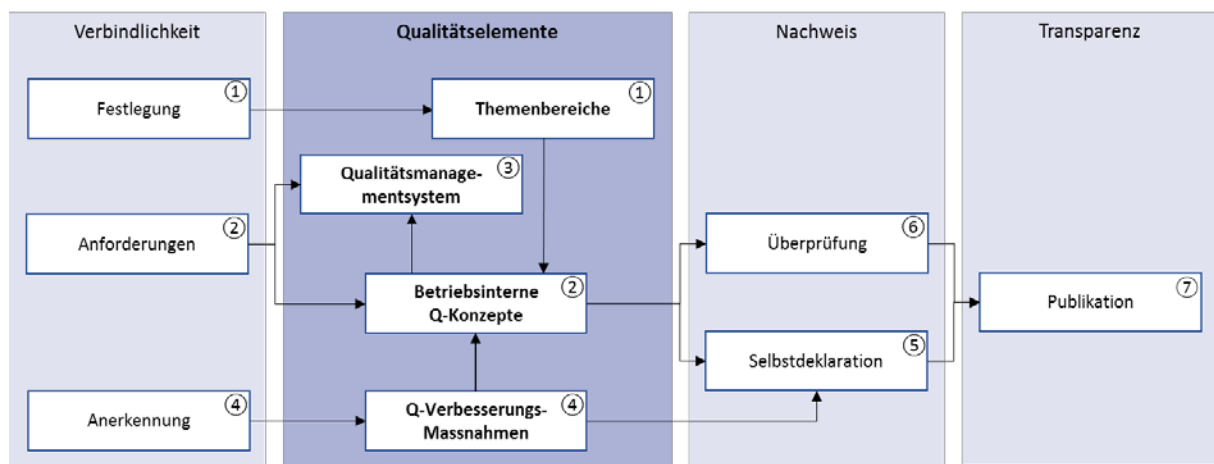
| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1 | Zusammenfassung | 4 |
| 2 | Einordnung des Konzepts zur Qualitätsentwicklung | 5 |
| 3 | Ziel | 6 |
| 4 | Beziehung zum Qualitätsvertrag nach KVG 58a | 6 |
| 5 | Geltungsbereich | 6 |
| 6 | Im Konzept zur Qualitätsentwicklung verwendete Begriffe | 7 |
| 7 | Anforderungen an die Qualitätsentwicklung | 8 |
| | 7.1 Themenbereiche | 8 |
| | 7.2 Qualitätsmanagementsysteme (QMS)..... | 8 |
| | 7.3 Qualitätskonzepte | 8 |
| | 7.4 Qualitätsverbesserungsmassnahmen | 9 |
| 8 | Selbstdeklaration zur Qualitätsentwicklung | 10 |
| 9 | Überprüfung der Qualitätsentwicklung | 10 |
| | 9.1 Auswahl der Spitäler und Kliniken zur Überprüfung..... | 10 |
| | 9.2 Anforderungen an Prüfstellen und Aufgaben..... | 10 |
| | 9.3 Überprüfungsgegenstand und -kriterien | 11 |
| | 9.4 Auflagen infolge von Überprüfungen | 11 |
| | 9.5 Überprüfungsbericht..... | 12 |
| | 9.6 Anerkennung von Überprüfungen | 12 |
| | 9.7 Organisatorische Rahmenbedingungen der Überprüfungen..... | 12 |
| 10 | Erfüllung, Attestierung und Dispensierung | 13 |
| 11 | Publikation der Qualitätsentwicklung | 13 |
| 12 | Berichterstattung | 14 |
| 13 | Aktualisierung und Weiterentwicklung | 15 |
| | 13.1 Meso-Ebene..... | 15 |
| | 13.2 Mikro-Ebene..... | 15 |
| 14 | Einführungsprozess | 15 |
| 15 | Literaturverzeichnis | 16 |
| 16 | Konkretisierende Beilagen | 17 |
| | Themenbereiche | 17 |
| | Anforderungen an Qualitätskonzepte | 19 |
| | Beurteilung von Qualitätskonzepten | 20 |
| | Anforderungen an Qualitätsverbesserungsmassnahmen | 21 |
| | Auswahlverfahren für die Überprüfung | 22 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| | Anforderungen an Prüfstellen..... | 25 |
| 17 | Erläuternde Informationen..... | 26 |
| | Beispiele potenziell anerkannter Qualitätsverbesserungsmaßnahmen | 26 |
| | Beispielhafte Darstellung der Publikation | 36 |

1 Zusammenfassung

Die Vertragspartner vereinbaren zentrale Qualitätselemente, anhand welcher die Spitäler und Kliniken die Qualität verbindlich, nachweislich und transparent im Sinne eines kontinuierlichen PDCA-Zyklus entwickeln (siehe Grafik).

Die Spitäler und Kliniken setzen pro festgelegtem Themenbereich (siehe Grafik ① und Kapitel 7.1 des Konzepts zur Qualitätsentwicklung) betriebsinterne Qualitätskonzepte (z.B. Hygienekonzept) nach definierten Anforderungen um (PDCA-Zyklus, ②, Kapitel 7.3) und integrieren diese im übergeordneten Qualitätsmanagementsystem (③, Kapitel 7.1). Gleichzeitig implementieren sie pro Themenbereich mindestens eine anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahme (④, Kapitel 7.4) und integrieren diese im betriebsinternen Qualitätskonzept. Sowohl bestehende (z.B. Swissnoso SSI) als auch betriebsinterne Qualitätsverbesserungsmassnahmen (z.B. zur Händehygiene) können anerkannt werden. Die Umsetzung der Qualitätskonzepte und die Integration der anerkannten Qualitätsverbesserungsmassnahmen wird von den Spitälern und Kliniken selbstdeklariert (⑤, Kapitel 8). Gleichzeitig wird die Erfüllung der Anforderungen an betriebsinterne Qualitätskonzepte pro Themenbereich stichprobenartig (insbesondere basierend auf vergleichenden Qualitätsindikatoren sowie per Zufallsprinzip) durch eine externe Prüfstelle überprüft (⑥, Kapitel 9). Die Selbstdeklaration sowie die Überprüfungsergebnisse werden publiziert (⑦, Kapitel 11). Das vorliegende Konzept zur Qualitätsentwicklung wird regelmässig aktualisiert, auf seine Wirkung geprüft und bei Bedarf weiterentwickelt (Kapitel 13).



2 Einordnung des Konzepts zur Qualitätsentwicklung

Zur Genehmigung des stationären Tarifvertrags müssen Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierung dokumentiert werden (Art. 59d Abs. 1 lit. b KVV). Weiter wurden mit der am 1.4.2021 in Kraft getretenen KVG-Revision «Qualität und Wirtschaftlichkeit» die Verbände der Leistungserbringer (H+ Die Spitäler der Schweiz) und Versicherer (santésuisse und curafutura) verpflichtet, Verträge zur Qualitätsentwicklung zu erarbeiten und abzuschliessen (Art. 58a KVG). Die Vertragspartner haben dazu auch die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) einbezogen. Das vorliegende Konzept stellt die Basis für den gesetzlich geforderten Qualitätsvertrag dar, welcher auch Regelungen über das vorliegende Konzept zur Qualitätsentwicklung hinaus treffen kann (vgl. 4). Bestehende Strukturen sollen ebenfalls in die Regeln zur Qualitätsentwicklung integriert werden, insbesondere der Nationale Verein zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) in Bezug auf national vergleichende Qualitätsmessungen.

3 Ziel

Ziel des vorliegenden Konzepts ist es, die Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken systematisch zu fördern. Mit der Verpflichtung aller Spitäler und Kliniken, in spital- bzw. klinikbezogenen Themenbereichen Qualitätskonzepte und anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahmen umzusetzen, soll auf Ebene der einzelnen Institutionen wie auch in der gesamten Branche ein schweizweiter Rahmen für eine Qualitätskultur geschaffen werden, mit dem Ziel, die kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung der Behandlungsqualität und der Patientensicherheit sicherzustellen. Ausdruck dieser Qualitätskultur sind die von den Spitälern und Kliniken deklarierten Qualitätsaktivitäten (Qualitätskonzepte und -massnahmen) wie auch die Ergebnisse der externen Überprüfung ihrer Umsetzung.

4 Beziehung zum Qualitätsvertrag nach KVG 58a

- 1 Das Konzept zur Qualitätsentwicklung bildet die inhaltliche Grundlage der Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken.
- 2 Das Konzept zur Qualitätsentwicklung ist integraler Bestandteil des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG.

5 Geltungsbereich

- 1 Das Konzept zur Qualitätsentwicklung gilt für alle Spitäler und Kliniken nach Art. 35 KVG der Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Es gilt dabei für alle im Spital oder der Klinik erbrachten KVG-Leistungen (spitalambulanter und stationärer Bereich) inklusive Belegsysteme. Es gilt ebenso für den UVG-/MVG-/IVG-Bereich.
- 2 Die Verpflichtung zur Einhaltung des Konzepts zur Qualitätsentwicklung wird auf der obersten Ebene der Rechtsform des Spitals oder der Klinik gefordert.
- 3 Die Umsetzung des Konzepts zur Qualitätsentwicklung muss innerhalb der Organisationsstruktur des Spitals oder der Klinik pro Standort nachweisbar sein. Dabei werden die Standorte analog zum ANQ definiert (es gelten die Vorgaben des Bundesamts für Statistik (BFS), insbesondere der Variablen 0.1.V003 [1] gemäss der Krankenhausstatistik [2] sinngemäss).

6 Im Konzept zur Qualitätsentwicklung verwendete Begriffe

| | |
|--|---|
| Themenbereich | Abgrenzbarer, qualitätsrelevanter Bereich, in welchem Spitäler und Kliniken die Qualität durch die Anwendung von Qualitätskonzepten und Qualitatsverbesserungsmassnahmen verbindlich entwickeln (7.1). |
| Qualitätsmanagementsystem | Das Qualitätsmanagementsystem (7.2) bildet u.a. die Grundlage für die Qualitätsentwicklung in einem Spital oder einer Klinik. Darin eingebettete Qualitätskonzepte stellen die kontinuierliche Entwicklung der Behandlungsqualität und der Sicherheit von Patientinnen und Patienten in spezifischen Themenbereichen sicher. |
| Qualitätskonzept | Ein Qualitätskonzept eines Spitals oder einer Klinik (7.3) legt innerhalb des Qualitätsmanagementsystems die kontinuierliche Entwicklung der Behandlungsqualität und der Sicherheit von Patientinnen und Patienten in einem oder mehreren Themenbereichen fest. Gemäss den Qualitätskonzepten evaluiert das Spital oder die Klinik u.a. die Wirkung von implementierten Qualitatsverbesserungsmassnahmen und ergreift Schritte zur Verbesserung der Wirkung. |
| Qualitätsverbesserungsmassnahme | Qualitatsverbesserungsmassnahmen (7.4) sind konkrete, systematische und von den Vertragspartnern anerkannte Massnahmen in Bezug auf Strukturen und Prozesse innerhalb eines Spitals oder einer Klinik. Sie haben zum Ziel, einen Teilaspekt der Behandlungsqualität und der Sicherheit von Patientinnen und Patienten in einem Themenbereich zu verbessern. Deren Wirkung in einem spezifischen Spital oder einer spezifischen Klinik wird im Rahmen des übergeordneten Qualitatskonzepts des Themenbereichs evaluiert und kontinuierlich verbessert. |
| Überprüfung | Die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken wird anhand von deren Qualitätskonzepten stichprobenweise (9.1) durch externe Prüfstellen (9.2) überprüft und allfällige Auflagen definiert (9.4). Überprüfungen aus anderen Zusammenhängen können anerkannt werden, sofern sie die Anforderungen erfüllen (9.6). |
| Überprüfungsbericht | Der Überprüfungsbericht ist der Bericht zur Auditierung des Spitals in einem bestimmten Themenbereich (9.5 Abs. 1) durch eine externe Prüfstelle (9.2). Die Vertragspartner machen keine Vorgaben zur Form des Überprüfungsberichts. |
| Auszug des Überprüfungsberichts für die Vertragspartner | Der Auszug des Überprüfungsberichts für die Vertragspartner (9.5 Abs. 2) enthält die nötigen Informationen, um die Erfüllung oder Nichterfüllung der Regeln zur Qualitätsentwicklung zu überprüfen und zu attestieren (10). |

| | |
|-------------|--|
| Fachbereich | Im Konzept zur Qualitätsentwicklung wird zwischen den Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation unterschieden. |
|-------------|--|

7 Anforderungen an die Qualitätsentwicklung

7.1 Themenbereiche

- 1 Die Vertragspartner vereinbaren für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation Themenbereiche, in welchen Spitäler und Kliniken die Qualität durch die Anwendung von Qualitätskonzepten und Qualitatsverbesserungsmassnahmen verbindlich entwickeln. Die Themenbereiche für die jeweiligen Fachbereiche sind in der konkretisierenden Beilage «Themenbereiche» gelistet.
- 2 Die Themenbereiche müssen in den Spitälern und Kliniken breit umsetzbar sein, relevant für die Qualität und Patientensicherheit sein sowie eine patientenzentrierte und wo möglich innovative Qualitatsthematik betreffen.
- 3 Eine ausreichende Auswahl (mind. vier) an dazugehörigen Qualitatsverbesserungsmassnahmen (vgl. 7.4) muss bestehen. Bei fehlender Auswahl an Qualitatsverbesserungsmassnahmen (weniger als vier) kann die Verbindlichkeit dieser Themenbereiche durch die Vertragspartner zeitlich aufgeschoben werden.
- 4 Mit der Auswahl der Themenbereiche soll ein Fokus auf die Themen gelegt werden, in denen die Qualitätsentwicklung im System priorisiert stattfinden soll. Im Rahmen dieser Priorisierung können Themenbereiche neu definiert, zusätzlich eingeführt oder aufgehoben werden.
- 5 Die Auswahl der Themenbereiche passt sich den Empfehlungen und Vorgaben der Eidgenössischen Qualitätskommission und des Bundesrats an und bildet den Rahmen zur Umsetzung der bundesrätlichen Qualitätsstrategie und der Vierjahresziele zur Qualitätsentwicklung.

7.2 Qualitätsmanagementsysteme (QMS)

- 1 Die Spitäler und Kliniken verfügen über ein QMS, welches den PDCA-Zyklus beinhaltet. Dieses bildet die Grundlage für die Qualitätsentwicklung in einem Spital oder einer Klinik. Das QMS ist zweckmässig und an die Komplexität des Leistungsspektrums sowie an die Spitalgrosse angepasst. Das QMS muss nicht zertifiziert sein. Die Vertragspartner können Empfehlungen für Minimalanforderungen zum QMS als konkretisierende Beilage erarbeiten.
- 2 Das QMS ist der Bestandteil des Konzepts zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, welcher u.a. Themenbereiche (vgl. 7.1), Qualitätskonzepte (vgl. 7.3) und -verbesserungsmassnahmen (vgl. 7.4) integriert.

7.3 Qualitätskonzepte

- 1 Ein Qualitätskonzept eines Spitals oder einer Klinik legt innerhalb des Qualitätsmanagementsystems die kontinuierliche Entwicklung der Behandlungsqualität und der Sicherheit von Patientinnen und Patienten in einem oder mehreren Themenbereichen fest.

- 2 Die Spitäler und Kliniken decken alle in 7.1 definierten Themenbereiche mit Qualitätskonzepten ab. Ein Qualitätskonzept kann dabei mehrere Themenbereiche abdecken.
- 3 Die von den Spitalern und Kliniken individuell erstellten Qualitätskonzepte erfüllen die in der konkretisierenden Beilage «Anforderungen an Qualitätskonzepte» festgelegten Anforderungen bezüglich Umfang sowie Umsetzung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (PDCA-Zyklus).
- 4 In den Qualitätskonzepten sind die anerkannten Qualitätsverbesserungsmassnahmen (vgl. 7.4) integriert, damit auch bezüglich der Umsetzung der anerkannten Qualitätsverbesserungsmassnahmen eine kontinuierliche Verbesserung stattfindet.

7.4 Qualitätsverbesserungsmassnahmen

- 1 Qualitätsverbesserungsmassnahmen sind konkrete, systematische und von den Vertragspartnern anerkannte Massnahmen in Bezug auf Strukturen und Prozesse innerhalb eines Spitals oder einer Klinik. Sie haben zum Ziel, einen Teilaspekt der Behandlungsqualität und der Sicherheit von Patientinnen und Patienten in einem Themenbereich zu verbessern.
- 2 Die Spitäler und Kliniken implementieren pro Themenbereich mindestens eine anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahme und integrieren diese in das Qualitätskonzept (vgl. 7.3) des entsprechenden Themenbereichs (vgl. 7.1). Eine Qualitätsverbesserungsmassnahme kann dabei nicht in zwei verschiedenen Themenbereichen gezählt werden.
- 3 Qualitätsverbesserungsmassnahmen werden von Spitalern und Kliniken, Kantonen oder Dritten (z.B. Fachgesellschaften, Stiftungen etc.) entwickelt.
- 4 Spitäler und Kliniken, Kantone und Dritte können die Anerkennung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen für einen bestimmten Themenbereich beantragen. Das Anerkennungsverfahren ist zweigeteilt in:
 - 1) eine fachliche Prüfung
 - 2) eine vertragliche Anerkennung.
- 5 Die fachliche Prüfung erfolgt durch eine Expertengruppe des Verbands der Leistungserbringer anhand der konkretisierenden Beilage «Anforderungen an Qualitätsverbesserungsmassnahmen». Die Expertengruppe legt die organisatorischen Modalitäten zum Anerkennungsverfahren fest. Sie macht eine Empfehlung an die Vertragspartner über die Anerkennung oder Nichtanerkennung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen.
- 6 Die vertragliche Anerkennung erfolgt durch die Vertragspartner. Sie entscheiden über die Aufnahme der Qualitätsverbesserungsmassnahmen in das Konzept zur Qualitätsentwicklung.
- 7 Die Anerkennung gilt für alle analogen Qualitätsverbesserungsmassnahmen, welche in den verschiedenen Spitalern und Kliniken angewendet werden.
- 8 Die Vertragspartner können anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahmen in einer konkretisierenden Beilage listen. Diese Liste wird, ergänzt mit der Dokumentation zu den einzelnen Qualitätsverbesserungsmassnahmen, an geeigneter Stelle publiziert.
- 9 Zu den Themenbereichen passende und potenziell anerkennbare Qualitätsverbesserungsmassnahmen sind in den Erläuterungen aufgeführt («Beispiele potenziell anerkennter Qualitätsverbesserungsmassnahmen»).

- 10 Die Vertragspartner können bereits anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahmen neu beurteilen und gegebenenfalls die Anerkennung aufheben.
- 11 Fehlt in Themenbereichen eine Auswahl an anerkannten Qualitätsverbesserungsmassnahmen, können die Vertragspartner Aufträge an Spitäler oder Dritte erteilen beziehungsweise einen Antrag an die Eidgenössische Qualitätskommission stellen, um passende Qualitätsverbesserungsmassnahmen zu entwickeln.

8 Selbstdeklaration zur Qualitätsentwicklung

- 1 Spitäler und Kliniken deklarieren mindestens jährlich
- a. den Implementierungsstand der Qualitätskonzepte pro Themenbereich
 - b. den Implementierungsstand aller vom Spital oder von der Klinik gewählten anerkannten Qualitätsverbesserungsmassnahmen pro Themenbereich
- mit den Prädikaten «vollständig implementiert» oder «in Implementierung».
- 2 Die Selbstdeklaration erfolgt iber die zur Publikation vorgesehene Plattform (vgl. 11).

9 Überprüfung der Qualitätsentwicklung

9.1 Auswahl der Spitäler und Kliniken zur Überprüfung

- 1 Pro Themenbereich wird in einer jährlichen Stichprobe von mindestens 6 Spitälern und Kliniken eine Überprüfung durchgeführt.
- 2 Zur Selektion der Spitäler und Kliniken in die Stichprobe (pro Themenbereich und Fachbereich) können folgende Kriterien oder eine Kombination davon herangezogen werden (Auswahlkriterien):
- a. schweizweit verfügbare und vergleichbar dargestellte Qualitätsindikatoren
 - b. statistische Kriterien bezüglich Resultaten für Qualitätsindikatoren
 - c. vorhergehende Messresultate oder Überprüfungen
 - d. Zufall
 - e. sowie Mindestzahlen von Spitälern und Kliniken pro Fachbereich in einem Themenbereich.
- 3 Die Vertragspartner legen das detaillierte Auswahlverfahren in der konkretisierenden Beilage «Auswahlverfahren für die Überprüfung» fest.
- 4 Die Vertragspartner informieren die Kantone sowie das Schweizerische Heilmittelinstitut iber die aktuelle Zusammensetzung der Stichprobe. Damit soll die Koordination der Überprüfungen von Spitälern und Kliniken durch andere Akteure im Gesundheitssystem sichergestellt werden.
- 5 Die Vertragspartner können Aufträge an Spitäler oder Dritte erteilen beziehungsweise einen Antrag an die Eidgenössische Qualitätskommission stellen, um schweizweit vergleichbar dargestellte Qualitätsindikatoren zu entwickeln.
- 6 Spitäler und Kliniken können sich freiwillig zur Überprüfung im nächstmöglichen berprfungsjahr anmelden. Solche Spitäler und Kliniken werden zusätzlich zur definierten Stichprobe überprüft.

9.2 Anforderungen an Prüfstellen und Aufgaben

- 1 Die Vertragspartner legen die Anforderungen an Prüfstellen in der konkretisierenden Beilage «Anforderungen an Prüfstellen» fest.
- 2 Die Vertragspartner können potenzielle Prüfstellen in einer konkretisierenden Beilage listen und diese Liste an geeigneter Stelle publizieren. Die Vertragspartner können die Prüfstellen in deren Einvernehmen in die Liste aufnehmen, sofern sie die Anforderungen erfüllen. Ebenso können Prüfstellen bei Erfüllung der Anforderungen ihre Listung beantragen.
- 3 Die Prüfstelle wird durch einen dokumentierten Beschluss der obersten Ebene der Rechtsform des Spitals oder der Klinik ausgewählt.
- 4 Die vom Spital gewählte Prüfstelle überprüft die Qualitätsentwicklung gemäss Vorgaben des Konzepts zu Qualitätsentwicklung und stellt einen Überprüfungsbericht inkl. Auszug für die Vertragspartner gemäss 9.5 aus.

9.3 Überprüfungsgegenstand und -kriterien

- 1 Mit der Überprüfung wird in einem Spital oder einer Klinik evaluiert, ob das Qualitätskonzept (vgl. 7.3) in einem Themenbereich vollständig implementiert ist. Ein Qualitätskonzept gilt als vollständig implementiert, wenn es
 - a. den in der konkretisierenden Beilage «Anforderungen an Qualitätskonzepte» definierten Anforderungen an den Umfang von Qualitätskonzepten entspricht,
 - b. einen PDCA-Zyklus gemäss der konkretisierenden Beilage «Anforderungen an Qualitätskonzepte» in allen relevanten Bereichen des Spitals oder der Klinik umsetzt
 - c. und somit die Beurteilungskriterien aus der konkretisierenden Beilage «Beurteilung von Qualitätskonzepten» vollständig erfüllt sind (höchste Stufe in den beiden Dimensionen «PDCA» und «Durchdringung»).
- 2 Im Rahmen der Überprüfung der Qualitätskonzepte wird zusätzlich evaluiert, ob die Qualitätsverbesserungsmassnahmen im dazugehörigen Themenbereich vollständig im Qualitätskonzept integriert sind. Dazu werden die Kriterien zur Integration beurteilt, welche für die jeweilige anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahme definiert wurden (vgl. konkretisierende Beilage «Anforderungen an Qualitätsverbesserungsmassnahmen»). Es werden diejenigen Qualitätsverbesserungsmassnahmen geprüft, welche das Spital in der Selbstdeklaration (vgl. 8) als «vollständig implementiert» deklariert hat, jedoch mindestens eine.

9.4 Auflagen infolge von Überprüfungen

- 1 Stellt die Prüfstelle bei der Überprüfung fest, dass das Qualitätskonzept im geprüften Themenbereich nicht vollständig implementiert ist (höchste Stufe in den beiden Dimensionen «PDCA» und «Durchdringung»), auferlegt sie dem Spital oder der Klinik eine angemessen terminierte Auflage zur Behebung der noch fehlenden Implementierungsschritte.
- 2 Die Prüfstelle kann die Terminierung einmalig, massvoll und verhältnismässig verlängern.
- 3 Ist die Erfüllung der Auflagen auf ein Jahr oder länger terminiert, so nimmt die Prüfstelle wieder eine vollständige Überprüfung vor.

- 4 Ist die Erfüllung der Auflagen auf weniger als ein Jahr terminiert, kann die Prüfstelle die Erfüllung der Auflagen auf der Grundlage von durch das Spital nachgereichten Dokumenten bestätigen.
- 5 Bei unwesentlichen Mängeln kann die Prüfstelle vorbehaltlich einer zeitnahen Aufarbeitung der Mängel die vollständige Implementierung bestätigen.

9.5 Überprüfungsbericht

- 1 Die Prüfstelle erstellt einen Überprüfungsbericht zu mindestens den Überprüfungsgegenständen (9.3) mit Benennung allfälliger Auflagen (9.4) und übermittelt diesen zeitnah (max. innert 14 Tagen) dem überprüften Spital oder der überprüften Klinik (Überprüfungsbericht an das Spital oder die Klinik). Die Vertragspartner machen keine Vorgaben zur Form des Überprüfungsberichts.
- 2 Der Überprüfungsbericht enthält einen Auszug für die Vertragspartner, welcher ausschliesslich folgende Inhalte umfasst:
 - a. Datum der Überprüfung
 - b. die Feststellung des Überprüfungsergebnisses gemäss der konkretisierenden Beilage «Beurteilung von Qualitätskonzepten»
 - c. allfällige Fristen zur Erfüllung von Auflagen nach 9.4 Abs. 1 sowie der Erfüllung oder Nichterfüllung von Auflagen aus vorhergehenden Überprüfungen nach 9.4 Abs. 3
 - d. den Beschluss zur Wahl der Prüfstelle durch das Spital oder die Klinik gemäss 9.2 Abs. 3
 - e. eine Dokumentation zur eigenen Qualifikation zur Überprüfung gemäss 9.2.
- 3 Das Spital oder die Klinik erhält eine angemessene Zeit zur Stellungnahme zum Überprüfungsbericht inkl. dem Auszug für die Vertragspartner gemäss Abs. 1 und 2 sowie zum Verfassen des öffentlichen Kommentars zum Prüfungsergebnis gemäss 11 Abs. 1 Bst. b.
- 4 Nach Stellungnahme des Spitals und allfälligen Änderungen im Überprüfungsbericht inkl. dem Auszug für die Vertragspartner gemäss Abs. 1 und 2 übermittelt die Prüfstelle ausschliesslich den Auszug des Überprüfungsbericht für die Vertragspartner gemäss Abs. 2 sowie den öffentlichen Kommentar des Spitals oder der Klinik zeitnah (maximal innert 14 Tagen) an eine Koordinationsstelle.
- 5 Die Prüfstelle meldet der Koordinationsstelle Fristverlängerungen nach 9.4 Abs. 2 sowie die Erfüllung oder Nichterfüllung von Auflagen gemäss 9.4 Abs. 4 analog dem Vorgehen nach Abs. 3 und 4 nach.
- 6 Die Vertragspartner behalten sich eine Harmonisierung des Auszugs des Überprüfungsberichts nach Absatz 2 vor (z.B. als konkretisierende Beilage).

9.6 Anerkennung von Überprüfungen

- 1 Kann ein Spital oder eine Klinik eine Überprüfung gemäss Vorgaben des Konzepts zur Qualitätsentwicklung im spezifischen Themenbereich mit laufender Gültigkeitsdauer nachweisen, ist eine weitere Überprüfung hinfällig.

9.7 Organisatorische Rahmenbedingungen der Überprüfungen

- 1 Die Vertragspartner können unter Einbezug der Koordinationsstelle geeignete organisatorische Rahmenbedingungen zur Überprüfung als konkretisierende Beilage festlegen.

10 Erfüllung, Attestierung und Dispensierung

- 1 Die Regeln zur Qualitätsentwicklung des vorliegenden Konzepts gelten als erfüllt, wenn
 - a. die Selbstdeklaration ausgefüllt ist und
 - b. die allfälligen Auflagen der Prüfstelle fristgerecht erfüllt werden.
- 2 Basierend auf der vorliegenden Selbstdeklarationen gemäss 8, den Auszügen der Überprüfungsberichte für die Vertragspartner gemäss 9.5 Abs. 2 (wo vorhanden) sowie allfälligen Nachmeldungen gemäss 9.5 Abs. 5, überprüfen die Vertragspartner die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung. Sie attestieren den Spitälern und Kliniken jeweils die Erfüllung respektive Nichterfüllung der Regeln zur Qualitätsentwicklung in pseudonymisierter Form.
- 3 Die Koordinationsstelle stellt die Pseudonymisierung für die Überprüfung und Attestierung sicher. Im Anschluss stellt sie den Vertragspartnern und den Kantonen die Resultate der Attestierung in nichtpseudonymisierter Form zur Verfügung.
- 4 Die Vertragspartner können einzelne Spitäler oder Kliniken aus strukturellen Gründen von wiederkehrenden Überprüfungen oder der Umsetzung von spezifischen Themenbereichen dispensieren. Die Vertragspartner können unter Einbezug der Koordinationsstelle geeignete Grundsätze zur Dispensierung als konkretisierende Beilage festlegen. Diese orientieren sich an den Grundsätzen zur Dispensierung für die ANQ-Messungen. Spitäler und Kliniken können bei den Vertragspartnern Antrag auf eine Dispensierung stellen.

11 Publikation der Qualitätsentwicklung

- 1 Die gesetzlich geforderte Veröffentlichung besteht aus einer von den Vertragspartnern gemeinsam definierten Plattform (www.spitalinfo.ch), welche die folgenden Informationen enthält:
 - a. Die Selbstdeklaration der Spitäler und Kliniken zu Qualitätskonzepten und Qualitätsverbesserungsmassnahmen gemäss 8.
 - b. Eine Kennzeichnung der überprüften Spitäler inklusive Überprüfungsergebnis gemäss der konkretisierenden Beilage «Beurteilung von Qualitätskonzepten» und Namen der Prüfstelle. Die Spitäler und Kliniken können die Überprüfungsergebnisse öffentlich kommentieren.
 - c. Die Eingaben aus a. und b. werden mit Datum versehen.
 - d. Angaben zu b. werden zeitnah eingetragen.
- 2 Die Plattform ermöglicht neben der bestehenden Standortsuche zudem die Erstellung von Ergebnislisten gefiltert nach
 - a. Themenbereichen
 - b. Qualitätskonzepten und Qualitätsverbesserungsmassnahmen sowie
 - c. Daten zu Selbstdeklaration und Überprüfung.
- 3 Eine beispielhafte Darstellung der Publikation ist in den erläuternden Informationen aufgeführt («Beispielhafte Darstellung der Publikation»). Die Vertragspartner können ein detailliertes Publikationskonzept als konkretisierende Beilage festlegen.

12 Berichterstattung

- ¹ Die Vertragspartner erstatten der Eidgenössischen Qualitätskommission und dem Bundesrat jährlich Bericht über den Stand der Qualitätsentwicklung in den Spitälern und Kliniken.
- ² Als Grundlage für die Berichterstattung dienen die Daten zu Selbstdeklaration und Überprüfung.

13 Aktualisierung und Weiterentwicklung

- 1 Das vorliegende Konzept zur Qualitätsentwicklung in den Spitälern und Kliniken wird laufend überprüft und bei Bedarf angepasst und erweitert. Dieser kontinuierliche Verbesserungsprozess erfolgt auf der Meso-Ebene (Qualitätsentwicklung in der Gesamtheit der Spitäler und Kliniken, siehe 13.1) sowie der Mikro-Ebene (Ebene der Vorgaben zur Qualitätsentwicklung in einem einzelnen Spital oder einer einzelnen Klinik, siehe 13.2).

13.1 Meso-Ebene

- 1 Das Konzept zur Qualitätsentwicklung wird auf der Meso-Ebene regelmässig und idealerweise gekoppelt an die Qualitätsziele des Bundesrats anhand eines PDCA-Zyklus evaluiert und darauf basierend wo notwendig angepasst und aktualisiert. Im Fokus steht dabei die Erreichung der inhaltlichen Ziele (vgl. 3).
- 2 Die Vertragspartner beauftragen eine unabhängige Stelle mit der Evaluation. Dazu wird bei der Eidgenössischen Qualitätskommission ein Finanzierungsantrag gestellt.

13.2 Mikro-Ebene

- 1 Für die Qualitätsentwicklung auf Mikro-Ebene werden die konkretisierenden Beilagen des Konzepts zur Qualitätsentwicklung sowie die nach 7.4 anerkannten Qualitätsverbesserungsmassnahmen laufend überprüft und aktualisiert.
- 2 Massgebend für die Aktualisierungen sind Rückmeldungen der Spitäler und Kliniken, Empfehlungen der Eidgenössischen Qualitätskommission, Vorschläge von Dritten, Daten aus Überprüfungen sowie Auswertungen der Messungen von Qualitätsindikatoren.
- 3 Die Vertragspartner können einen Entwicklungsplan zum vorliegenden Konzept zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken als konkretisierende Beilage festlegen. Dieser beschreibt die aus Sicht der Vertragspartner zukünftig zu entwickelnden Qualitätselemente (z.B. Themenbereiche, Qualitätsverbesserungsmassnahmen, Qualitätsmessungen etc.) inklusive Herangehensweisen zur Realisierung und Zeithorizonte.

14 Einführungsprozess

- 1 Die Einführung des Konzepts zur Qualitätsentwicklung in den Spitälern und Kliniken erfolgt mit dem Inkrafttreten des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG.
- 2 In einer Einführungsphase von 2 Jahren nach Inkrafttreten des Qualitätsvertrags etablieren die Vertragspartner sowie Dritte die vorgesehenen Prozesse. Während dieser Einführungsphase werden keine Sanktionierungsverfahren gemäss Qualitätsvertrag eingeleitet und keine Daten gemäss 11 publiziert. Wenn möglich werden die in der Einführungsphase erhobenen Daten nach Ablauf der Einführungsphase nachträglich publiziert. Die Vertragspartner entscheiden darüber nach Ablauf der Einführungsphase.
- 3 Die Implementierung der einzelnen Themenbereiche findet gestaffelt gemäss der konkretisierenden Beilage «Themenbereiche» statt.

15 Literaturverzeichnis

- [1] Bundesamt für Statistik BFS, *Variablen der Medizinischen Statistik ("Schnittstellenkonzept")*, 2019.
- [2] Bundesamt für Statistik BFS, *Krankenhausstatistik, Detailkonzept Version 2.1*, Bundesamt für Statistik, 2019.
- [3] ANQ, FMH, H+, SAMW, Universitäre Medizin Schweiz, *Empfehlungen zum Aufbau und Betrieb von gesundheitsbezogenen Registern*, 2019.
- [4] S. A. d. M. Wissenschaften, *Zertifizierung im medizinischen Kontext, Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, 2011.

16 Konkretisierende Beilagen

Themenbereiche

Als Themenbereich gilt ein abgrenzbarer, qualitätsrelevanter Bereich, in welchem Spitäler und Kliniken die Qualität verbindlich entwickeln (vgl. 7.1).

| Themenbereich | Einführungsjahr | | | Definition |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--|
| | Akut. | Psy. | Reha. | |
| Qualitäts- und Sicherheitskultur | x ¹ + 1 | x ¹ + 1 | x ¹ + 1 | Die Gesamtheit von Massnahmen und deren kontinuierliche Weiterentwicklung zur Verinnerlichung von optimalen Zielen, Normen, Werten und Verhaltensmustern unter den Mitarbeitenden eines Spitals oder einer Klinik zur Gewährleistung einer optimalen Behandlungsqualität und Sicherheit für Patientinnen und Patienten. |
| Infektionsprävention und Spitalhygiene | x ¹ + 1 | - ² | x ¹ + 1 | Die Gesamtheit von Massnahmen und deren kontinuierliche Weiterentwicklung zur optimalen Prävention von Infektionen in Spitälern und Kliniken. |
| Behandlungsbegleitende Qualität und Prävention | x ¹ + 1 | x ¹ + 1 | x ¹ + 1 | Behandlungsbegleitende, korrigierende und präventive Massnahmen, welche nicht in direktem Zusammenhang mit der primären Behandlung stehen (je nach Relevanz in einem Spital oder einer Klinik eine Auswahl von z.B. Sturzprävention, Dekubitusprävention, freiheitsbeschränkende Massnahmen, Aggressionsmanagement, Delirmanagement, Mangelernährung sowie weitere behandlungsbegleitende und präventive Themen), inklusive deren kontinuierliche Weiterentwicklung. |
| Interdisziplinäre und interprofessionelle Lern- und Kommunikationskultur | x ¹ + 2 | x ¹ + 2 | x ¹ + 2 | Die Gesamtheit von Massnahmen und deren kontinuierliche Weiterentwicklung zur Verinnerlichung von optimalen Zielen, Normen, Werten und Verhaltensmustern. |

| | | | | |
|---|---------------|-----------|---------------|---|
| | | | | tern unter den Mitarbeitenden eines Spitals oder einer Klinik zum optimalen interdisziplinären Kommunizieren und kontinuierlichen Lernen im Hinblick auf eine optimale Behandlungsqualität und Sicherheit für Patientinnen und Patienten. |
| Medikationssicherheit | $x^1 + 3$ | $x^1 + 3$ | $x^1 + 3$ | Die Gesamtheit der Massnahmen und deren kontinuierliche Weiterentwicklung zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses. |
| Indikationsqualität und Patientennutzen | $x^1 + 3$ | $x^1 + 3$ | $x^1 + 3$ | Die Gesamtheit von Massnahmen und deren kontinuierliche Weiterentwicklung zur Gewährleistung einer optimalen Indikationsqualität (wissenschaftliche und ethische Angemessenheit von medizinischen Interventionen) mit dem Ziel des optimalen Patientennutzens (z.B. erhöhte Lebensqualität aus Sicht der Patientin oder des Patienten) in Bezug auf die individuelle Behandlung einer Patientin oder eines Patienten. |
| Schnittstellenmanagement | $x^1 + 3$ | $x^1 + 3$ | $x^1 + 3$ | Die Gesamtheit von Massnahmen und deren kontinuierliche Weiterentwicklung zur Gewährleistung der optimalen Organisation von Patientenbewegungen zwischen und innerhalb von Spitälern und Kliniken und anderen Akteuren im Gesundheitssystem. |
| Suizidprävention | ⁻² | $x^1 + 1$ | ⁻² | Die Gesamtheit von Massnahmen und deren kontinuierliche Weiterentwicklung zur Gewährleistung der Prävention von Suizidversuchen und Suiziden. |

¹ Jahr des Inkrafttretens des Qualitätsvertrags

² Keine Einführung

Anforderungen an Qualitätskonzepte

- 1 Ein Qualitätskonzept eines Spitals oder einer Klinik (vgl. 7.3) legt innerhalb des Qualitätsmanagementsystems die kontinuierliche Entwicklung der Behandlungsqualität und der Sicherheit von Patientinnen und Patienten in einem oder mehreren Themenbereichen fest.
- 2 Die Qualitätskonzepte decken den vollen Umfang der Themenbereiche gemäss Definition in der konkretisierenden Beilage «Themenbereiche» ab. Die Priorisierung der Qualitätsaktivitäten der Spitäler und Kliniken innerhalb eines Themenbereichs ist nachvollziehbar begründet.
- 3 Ein Qualitätskonzept umfasst in der Regel folgende Abschnitte¹:
 - a. Ausgangslage (wie kommt es dazu)
 - b. Ziel und Zielgruppe (was soll erreicht werden für wen)
 - c. Umschreibung des Begriffs beziehungsweise der Begriffe (was ist darunter zu verstehen)
 - d. Richtlinien und Massnahmen (z.B. Indikationsstellung, Behandlung)
 - e. wichtigste Prozesse (wie sind die Abläufe)
 - f. benötigte Kompetenzen (wer macht was)
 - g. qualitative und/oder quantitative Messgrössen (wie wird kontrolliert)
 - h. Festlegung des PDCA-Zyklus
 - i. die zu integrierenden Qualitätsverbesserungsmassnahmen.
- 4 Der PDCA-Zyklus beschreibt die Arbeitsweise der ständigen Verbesserung der Betriebsprozesse nach Deming und ist wie folgt aufgebaut¹:
 - a. Plan: Festlegen von zu erreichenden Zielen und Entscheiden von Methoden und Strategien, mit denen die Ziele erreicht werden sollen. Den Prozess beschreiben und Richtlinien erarbeiten, qualitative und quantitative Indikatoren und/oder Kennzahlen mit Soll-Werten und Referenzwerten definieren.
 - b. Do: Steuerung und konsequente Umsetzung der festgelegten Methoden und Strategien, um die Ziele zu erreichen sowie die Qualitätsanforderungen zu erfüllen, Mitarbeitende schulen.
 - c. Check: Durch die Messung der definierten Indikatoren und/oder Kennzahlen überprüfen, inwieweit die Qualitätsanforderungen und die Ziele mit den festgelegten Methoden und Strategien tatsächlich erreicht worden sind (Zielerreichungsgrad).
 - d. Act: Bei Nichterreichen des Soll-Werts oder Referenzwerts zukünftige Vorbeugungs- und Korrekturmassnahmen festlegen (Optimierungsbedarf) im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.

¹ In Anlehnung an Inhalte von SanaCERT Suisse

Beurteilung von Qualitätskonzepten

Die Überprüfung der Qualitätsentwicklung beurteilt diese in zwei Dimensionen: dem Stand des Prozesses der kontinuierlichen Verbesserung sowie der Betriebsdurchdringung dieses Prozesses.

| Kontinuierliche Verbesserung (PDCA) | |
|--|---|
| 0 | Fehlende Implementierung |
| 1 | Die Implementierung des betriebsspezifischen Konzepts befindet sich in Planung und beinhaltet mindestens eine anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahme. |
| 2 | Das betriebsspezifische Konzept ist im Betrieb nachweislich eingeführt und wird angewendet, die Mitarbeiter sind informiert und geschult. |
| 3 | Die Wirksamkeit des betriebsspezifischen Konzepts wurde mittels der vom Spital definierten Methoden evaluiert und ein daraus abgeleiteter Plan für die Optimierung des Konzepts ist erstellt. |
| 4 | Die Optimierung wird umgesetzt und der PDCA-Zyklus wird kontinuierlich durchlaufen. |

| Betriebsdurchdringung | |
|------------------------------|---|
| 0 | Fehlende Implementierung |
| 1 | Das betriebsspezifische Konzept ist in einem Pilotbereich (Organisationsbereich, Berufsgruppen etc.) implementiert. |
| 2 | Das betriebsspezifische Konzept ist in 50 % der angestrebten Bereiche* (Organisationsbereiche, Berufsgruppen etc.) implementiert. |
| 3 | Das betriebsspezifische Konzept ist in 75 % der angestrebten Bereiche* (Organisationsbereiche, Berufsgruppen etc.) implementiert. |
| 4 | Das betriebsspezifische Konzept ist in allen angestrebten Bereichen* (Organisationsbereiche, Berufsgruppen etc.) implementiert. |

* gemäss sinnvoller Anwendbarkeit des Konzepts

Anforderungen an Qualitätsverbesserungsmassnahmen

Qualitätsverbesserungsmassnahmen (7.4) sind konkrete, systematische und von den Vertragspartnern anerkannte Massnahmen in Bezug auf Strukturen und Prozesse innerhalb eines Spitals oder einer Klinik, welche zum Ziel haben, einen Teilaspekt der Behandlungsqualität und der Sicherheit von Patientinnen und Patienten in einem Themenbereich zu verbessern.

Anträge zur Anerkennung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen gemäss 7.4 werden anhand der folgenden Kriterien beurteilt:

- 1 Abgrenzung
 - a. Das Ziel der Qualitätsverbesserungsmassnahme ist definiert.
 - b. Es ist festgelegt, welchen Themenbereich oder welche Themenbereiche die Qualitätsverbesserung betrifft.
 - c. Es ist beschrieben, für welche Fachbereiche, Abteilungen/Bereiche, Professionen etc. die Qualitätsverbesserungsmassnahme geeignet ist.
- 2 Methodik und Wirkung
 - a. Die Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahme ist beschrieben.
 - b. Die erwünschte Wirkung auf die Behandlungsqualität und/oder die Sicherheit von Patientinnen und Patienten ist beschrieben und nachvollziehbar. Die Evidenz kann von der Expertenmeinung oder Praxiserfahrung bis zu wissenschaftlichen Studien reichen.
- 3 Umsetzbarkeit
 - a. Die Qualitätsverbesserungsmassnahme ist praxisnah entwickelt worden und ist durch mindestens ein Pilotprojekt erprobt.
 - b. Es gibt einen Gestaltungsspielraum für die Qualitätsverbesserungsmassnahme.
 - c. Die Qualitätsverbesserungsmassnahme ist so ausgelegt, dass eine Übertragung in andere Abteilungen und/oder Spitäler möglich ist.
 - d. Eine Abschätzung des personellen und finanziellen Aufwands zur Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme ist ausgewiesen.
- 4 Überprüfung der Integration in das Qualitätskonzept
 - a. Die Anforderungen an die Integration der Qualitätsverbesserungsmassnahme in das übergeordnete Qualitätskonzept des Themenbereichs sind beschrieben (Inhalte zu Elementen der konkretisierenden Beilage «Anforderungen an Qualitätskonzepte»). Diese gelten als Prüfkriterien gemäss 9.3, Abs. 2.
- 5 Register und Zertifizierungen
 - a. Sieht die Qualitätsverbesserungsmassnahme das Führen eines Registers vor, so muss das Register die Empfehlungen zum Aufbau und Betrieb von gesundheitsbezogenen Registern [3] erfüllen. Zudem müssen die registrierten Daten zur Qualitätsentwicklung gemäss dem Konzept zur Qualitätsentwicklung verwendbar sein.
 - b. Sieht die Qualitätsverbesserungsmassnahme eine Zertifizierung vor, sind die Anforderungen der SAMW betreffend Zertifizierungen im medizinischen Kontext zu erfüllen [4].
- 6 Interessenskonflikte
 - a. Die Antragsteller des Anerkennungsgesuchs sind ausgewiesen.
 - b. Interessenskonflikte sind ausgewiesen.

Auswahlverfahren für die Überprüfung

Pro Jahr soll eine Überprüfung von mindestens 6 Spitälern und Kliniken pro Themenbereich durchgeführt werden (also ca. 48 Spitäler).

Die Stichprobe für ein Auditjahr wird pro Themenbereich gemäss folgendem Prozess und untenstehender Tabelle erstellt:

1. Pro Themenbereich und Fachbereich (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation) werden Spitäler und Kliniken nach dem Auswahlkriterium in der Tabelle selektioniert.
2. Spitäler und Kliniken, welche von der Überprüfung oder dem Themenbereich gemäss 10 dispensiert sind oder in den vergangenen zwei Auditjahren bereits überprüft wurden, werden aus der Selektion nach Schritt 1 entfernt.
3. Wo nach Schritt 2 pro Themenbereich und Fachbereich die Selektion von Spitälern oder Kliniken kleiner ist als die in der Tabelle definierte Mindestzahl, wird die Selektion zufällig bis zur Mindestzahl ergänzt (Ergänzung mit anderen Spitälern und Kliniken als in Schritt 2 entfernt).
4. Ab dem 8. Auditjahr werden Spitäler und Kliniken, welche während der letzten 7 Auditjahre in keinem Themenbereich überprüft wurden, in ihrem Fachbereich der Selektion eines zufälligen Themenbereichs zusätzlich hinzugefügt.
5. Die Stichprobe pro Themenbereich ergibt sich aus der Gesamtheit der pro Fachbereich in Schritt 4 selektionierten Spitälern und Kliniken.

Spitäler und Kliniken, welche in einem Indikator erstmals Messresultate im definierten Auswahlbereich zeigen, werden darüber informiert, dass bei einem Messresultat im Auswahlbereich in der darauffolgenden Messung eine Überprüfung ausgelöst wird.

| Themenbereich | Auswahlverfahren | | |
|--|---|---|---|
| | Akutsomatik | Psychiatrie | Rehabilitation |
| Qualitäts- und Sicherheitskultur | - Auswahlkriterium: Zufall - Mindestzahl: 4 Spitäler | - Auswahlkriterium: Zufall - Mindestzahl: 1 Klinik | - Auswahlkriterium: Zufall - Mindestzahl: 1 Klinik |
| Infektionsprävention und Spitalhygiene | - Auswahlkriterium: Messresultate mit signifikanter negativer Abweichung vom erwarteten Wert (95 % KI) in den zwei jüngsten Messungen oder in der jüngsten | Themenbereich nicht eingeführt | - Auswahlkriterium: Zufall - Mindestzahl: 1 Klinik |

| Themenbereich | Auswahlverfahren | | |
|--|--|---|--|
| | Akutsomatik | Psychiatrie | Rehabilitation |
| | Messung bei gewechselter Eingriffsart des Indikators «ANQ Postoperative Wundinfektionen» - Mindestzahl: 5 Spitäler und Kliniken | | |
| Behandlungsbegleitende Qualität und Prävention | - Auswahlkriterium: Zufall - Mindestzahl: 4 Spitäler | - Auswahlkriterium: Zufall - Mindestzahl: 1 Klinik | - Auswahlkriterium: Zufall Mindestzahl: 1 Klinik |
| Interdisziplinäre und interprofessionelle Lern- und Kommunikationskultur | - Auswahlkriterium: Zufall - Mindestzahl: 4 Spitäler | - Auswahlkriterium: Zufall - Mindestzahl: 1 Klinik | - Auswahlkriterium: Zufall - Mindestzahl: 1 Klinik |
| Medikationssicherheit | - Auswahlkriterium: Messresultate mit signifikanter negativer Abweichung vom erwarteten Wert (95 % KI) in den zwei jüngsten Messungen des Indikators «ANQ Patientenzufriedenheit Erwachsene, Frage 4 zu Medikamenten» - Mindestzahl: 4 Spitäler | - Auswahlkriterium: Zufall - Mindestzahl: 1 Klinik | - Auswahlkriterium: Zufall - Mindestzahl: 1 Klinik |
| Indikationsqualität und Patientennutzen | - Auswahlkriterium: Zufall Mindestzahl: 4 Spitäler | - Auswahlkriterium: Messresultate mit signifikanter negativer Abweichung vom erwarteten Wert (95 % KI) beim Indikator «ANQ Symptombelastung HoNOS» im | - Auswahlkriterium: Grösste relative Abweichung vom erwarteten Wert (Vergleich innerhalb der Reha-Bereiche) bei den Indikatoren «ANQ Mess- |

| Themenbereich | Auswahlverfahren | | |
|--------------------------|--|---|---|
| | Akutsomatik | Psychiatrie | Rehabilitation |
| | | jährlich alternierenden Psychiatriebereich - Mindestanzahl: 1 | plan Rehabilitation ausser Patientenzufriedenheit und Zielerreichung» - Mindestanzahl: 1 |
| Schnittstellenmanagement | - Auswahlkriterium: Messresultate mit signifikanter negativer Abweichung vom erwarteten Wert (95 % KI) in den zwei jüngsten Messungen des Indikators «ANQ Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen» - Mindestzahl: 4 Spitäler | - Auswahlkriterium: Messresultate mit signifikanter negativer Abweichung vom erwarteten Wert (95 % KI) in den zwei jüngsten Messungen des Indikators «ANQ Patientenzufriedenheit Erwachsene, Frage 6 zum Klinikaustritt» - Mindestzahl: 1 Klinik | - Auswahlkriterium: Grösste relative Abweichung vom erwarteten Wert (Vergleich innerhalb der Reha-Bereiche) beim Indikator «ANQ Patientenzufriedenheit Erwachsene, Frage 6 zur Zeit nach dem Aufenthalt» - Mindestzahl: 1 Klinik |
| Suizidprävention | Themenbereich nicht eingeführt | - Auswahlkriterium: Zufall - Mindestzahl: 6 Kliniken | Themenbereich nicht eingeführt |

Anforderungen an Prüfstellen

Die Prüfstellen erfüllen eine der folgenden Anforderungen:

- 1) Akkreditiert durch die Schweizerische Akkreditierungsstelle nach ISO/EN 17021-1:2015 oder aktueller Zertifizierungsstelle für Managementsysteme für die Überprüfung von Qualitätsmanagementsystemen im Gesundheitswesen (Überprüfung des Konzepts zur Qualitätsentwicklung muss nicht unter der Akkreditierung stattfinden)
- 2) Offizielle Partner von EFQM (CRO) mit Kompetenzen im Bereich Gesundheitswesen (Überprüfung des Konzepts zur Qualitätsentwicklung muss nicht unter dem EFQM-Konzept stattfinden)

Die Prüfstellen erfüllen zudem alle der folgenden Anforderungen:

- 1) Unabhängigkeit und Abwesenheit von Interessenskonflikten betreffend das zu überprüfende Spital oder die zu überprüfende Klinik. Anfangs bestehende Abhängigkeiten können von den Vertragspartnern mit einer zu definierenden Übergangsfrist akzeptiert werden. H+ und Verbände der Versicherer können nicht als Prüfstelle fungieren. Wo es Überschneidungen von kantonalen Überprüfungen aufgrund des KVG und Überprüfungen im Rahmen des Konzepts zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken gibt, können die Vertragspartner Kantone als Prüfstellen in bestimmten Themenbereichen anerkennen, sofern diese den Anforderungen gemäss Konzept zur Qualitätsentwicklung entsprechen (vorbehaltlich der Unabhängigkeit).
- 2) Überprüfung nach Vorgaben des Konzepts zur Qualitätsentwicklung (z.B. Feststellen des Überprüfungsergebnisses, Festlegung von möglichen Auflagen, Erstellen des Überprüfungsberichtes inkl. Auszug für die Vertragspartner).

17 Erläuternde Informationen

Beispiele potenziell anerkannter Qualitätsverbesserungsmassnahmen

| Themenbereich | Potenziell anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahmen | | | |
|--|---|---|---|------------------------------------|
| | Alle Fachbereiche | Spezifisch für Akutsoma- tik | Spezifisch für Psychiatrie | Spezifisch für Rehabilita- tion |
| | <p>Beispielhafte, nicht abschliessende Liste mit bereits existierenden oder zukünftigen Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Alle Massnahmen müssen gemäss dem Verfahren in 7.4 anerkannt werden. Nach Anerkennung werden die Qualitätsverbesserungsmassnahmen gemäss 7.4 Abs. 9 gelistet. Die Aufführung einer Qualitätsverbesserungsmassnahme in der unten stehenden Liste ist keine Gewähr für deren zukünftige Anerkennung, sondern soll mögliche Qualitätsverbesserungsmassnahmen pro Themenbereich und Fachbereich veranschaulichen.</p> | | | |
| Qualitäts- und Sicherheitskultur | <ul style="list-style-type: none"> - CIRS / CIRNET (z.B. Stiftung Patientensicherheit) - Standardisierte Prozesse bei Nichtkonformitäten - Error and Risk Analysis (z.B. London Protocol) - Room of Horrors - Medizinprodukte: Instandhaltung und Cybersecurity (vgl. HMG und MepV). | <ul style="list-style-type: none"> - «Progress! COM-Check Sichere Chirurgie» (Stiftung Patientensicherheit) - OP-Checkliste WHO | <ul style="list-style-type: none"> - Standardisierter Umgang mit klinischen Risiken - Systematischer Einsatz von Qualitätszirkeln | |
| Infektionsprävention und Spitalhygiene | <ul style="list-style-type: none"> - Programme zur Handhygiene (Clean Hands, WHO, Hôpital NE u.a.) | <ul style="list-style-type: none"> - Programme SSI | <i>Themenbereich nicht eingeführt</i> | |

| Themenbereich | Potenziell anerkenbare Qualitätsverbesserungsmassnahmen | | | |
|--|---|----------------------------|---|-------------------------------|
| | <p>Beispielhafte, nicht abschliessende Liste mit bereits existierenden oder zukünftigen Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Alle Massnahmen müssen gemäss dem Verfahren in 7.4 anerkannt werden. Nach Anerkennung werden die Qualitätsverbesserungsmassnahmen gemäss 7.4 Abs. 9 gelistet. Die Aufführung einer Qualitätsverbesserungsmassnahme in der unten stehenden Liste ist keine Gewähr für deren zukünftige Anerkennung, sondern soll mögliche Qualitätsverbesserungsmassnahmen pro Themenbereich und Fachbereich veranschaulichen.</p> | | | |
| | Alle Fachbereiche | Spezifisch für Akutsomatik | Spezifisch für Psychiatrie | Spezifisch für Rehabilitation |
| | <ul style="list-style-type: none"> - «Progress! Sicherheit bei Blasenkathetern» (Programm Stiftung Patientensicherheit) - Antibiotic-Stewardship-Programm inklusive. Teilnahme bei Dritten - Systematischer Isolationsprozess - Korrekte Aufbereitung von sterilen Medizinprodukten (vgl. MepV) | | | |
| Behandlungsbegleitende Qualität und Prävention | <ul style="list-style-type: none"> - Adaptierte ausländische Programme Sturzprävention - Empfehlungen der Stiftung Patientensicherheit (Sturzprävention) - Systematische strukturierte multiprofessionelle Sturzrisiko-Einschätzung | - | <ul style="list-style-type: none"> - Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie - Systematische Einhaltung der Richtlinien zu Zwangsmassnahmen der SAMW - Systematischer Entscheidungsprozess für jede Phase der restriktiven Praxis | |

| Themenbereich | Potenziell anerkenbare Qualitätsverbesserungsmassnahmen | | | |
|---------------|--|---------------------------------|--|------------------------------------|
| | <p>Beispielhafte, nicht abschliessende Liste mit bereits existierenden oder zukünftigen Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Alle Massnahmen müssen gemäss dem Verfahren in 7.4 anerkannt werden. Nach Anerkennung werden die Qualitätsverbesserungsmassnahmen gemäss 7.4 Abs. 9 gelistet. Die Aufführung einer Qualitätsverbesserungsmassnahme in der unten stehenden Liste ist keine Gewähr für deren zukünftige Anerkennung, sondern soll mögliche Qualitätsverbesserungsmassnahmen pro Themenbereich und Fachbereich veranschaulichen.</p> | | | |
| | Alle Fachbereiche | Spezifisch für Akutsoma- tik | Spezifisch für Psychiatrie | Spezifisch für Rehabilita- tion |
| | <ul style="list-style-type: none"> mit vordefinierten Massnahmen - Programme Escarres (FHV) - Systematisches Screening auf Mangelernährung (z.B. Nutritional Risk Screening 2002, Mini Nutritional Assessment MNA) - Systematische, interprofessionelle Ernährungsberatung und Supplementierung bei mangelernährten Patienten - Systematisches Delir-Screening (z.B. Confusion Assessment Method CAM, Intensive Care Delirium Screening Checklist ICDSC) - Systematische Präventionsmassnahmen (z.B. | | <ul style="list-style-type: none"> - Systematische Weiterbildung (Basiskurs Aggressionsmanagement, Refresher, Verbale Deeskalation) - Bedrohungsmanagement (Octagon, Brøset-Skala) - EVA-Messung (Erfassung von Aggressionsergebnissen) | |

| Themenbereich | Potenziell anerkenbare Qualitätsverbesserungsmassnahmen | | | |
|--|---|---|---|---|
| | <p>Beispielhafte, nicht abschliessende Liste mit bereits existierenden oder zukünftigen Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Alle Massnahmen müssen gemäss dem Verfahren in 7.4 anerkannt werden. Nach Anerkennung werden die Qualitätsverbesserungsmassnahmen gemäss 7.4 Abs. 9 gelistet. Die Aufführung einer Qualitätsverbesserungsmassnahme in der unten stehenden Liste ist keine Gewähr für deren zukünftige Anerkennung, sondern soll mögliche Qualitätsverbesserungsmassnahmen pro Themenbereich und Fachbereich veranschaulichen.</p> | | | |
| | Alle Fachbereiche | Spezifisch für Akutsomatik | Spezifisch für Psychiatrie | Spezifisch für Rehabilitation |
| | <ul style="list-style-type: none"> Hospital Elder Life Program (HELP) for Prevention of Delirium) - Patient Blood Management | | | |
| Interdisziplinäre und interprofessionelle Lern- und Kommunikationskultur | <ul style="list-style-type: none"> - Teamstepps - Speak-up (Stiftung Patientensicherheit) - MoMos - Systematische Massnahmen zum Wissensmanagement (Journal Clubs, interne Weiterbildungen etc.) - Systematische Massnahmen zur interdisziplinären Rapportierung und Dokumentation - Systematische Anwendung Konzept «Kommunikation im medizinischen | <ul style="list-style-type: none"> - IQM Peer Review | <ul style="list-style-type: none"> - Interprofessionelle Reviews Psychiatrie - Systematische Fallbesprechungen - Systematische Durchführung von Supervision/Balint-Gruppen - Konzept zur Alarmierung und Versorgung bei somatischen Notfällen - Systematischer Einsatz einer Ethikkommission | <ul style="list-style-type: none"> - Systematische Fallbesprechungen - Systematische Anwendung von individuellen Zielsetzungen/ Zielsetzungsprozessen, abgesprochen im multiprofessionellen Team - Peer Counseling |

| Themenbereich | Potenziell anerkenbare Qualitätsverbesserungsmassnahmen | | | |
|-----------------------|---|----------------------------|---|-------------------------------|
| | <p>Beispielhafte, nicht abschliessende Liste mit bereits existierenden oder zukünftigen Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Alle Massnahmen müssen gemäss dem Verfahren in 7.4 anerkannt werden. Nach Anerkennung werden die Qualitätsverbesserungsmassnahmen gemäss 7.4 Abs. 9 gelistet. Die Aufführung einer Qualitätsverbesserungsmassnahme in der unten stehenden Liste ist keine Gewähr für deren zukünftige Anerkennung, sondern soll mögliche Qualitätsverbesserungsmassnahmen pro Themenbereich und Fachbereich veranschaulichen.</p> | | | |
| | Alle Fachbereiche | Spezifisch für Akutsomatik | Spezifisch für Psychiatrie | Spezifisch für Rehabilitation |
| | <p>Alltag» und kontinuierliche Kommunikationsschulungen (z.B. ISBAR)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Systematische multiprofessionelle Patientenaufnahme und Austrittsplanung - Systematische Sicherstellung der korrekten Meldung von schwerwiegenden Vorkommnissen mit Medizinprodukten (intern und gegenüber Behörden) - Systematische Sicherstellung von Zwischenfällen und „Near Miss“ bei Blutprodukten (intern und gegenüber Behörden) | | | |
| Medikationssicherheit | <ul style="list-style-type: none"> - Optimale Verschreibungs- und Abgabepro- | | <ul style="list-style-type: none"> - AMSP Drug Safety Programm Psychiatrie | |

| Themenbereich | Potenziell anerkennbare Qualitätsverbesserungsmassnahmen | | | |
|---------------|--|---------------------------------|--|------------------------------------|
| | <p>Beispielhafte, nicht abschliessende Liste mit bereits existierenden oder zukünftigen Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Alle Massnahmen müssen gemäss dem Verfahren in 7.4 anerkannt werden. Nach Anerkennung werden die Qualitätsverbesserungsmassnahmen gemäss 7.4 Abs. 9 gelistet. Die Aufführung einer Qualitätsverbesserungsmassnahme in der unten stehenden Liste ist keine Gewähr für deren zukünftige Anerkennung, sondern soll mögliche Qualitätsverbesserungsmassnahmen pro Themenbereich und Fachbereich veranschaulichen.</p> | | | |
| | Alle Fachbereiche | Spezifisch für Akutsoma- tik | Spezifisch für Psychiatrie | Spezifisch für Rehabilita- tion |
| | <p>zesse (Closed-Loop Medication, elektronische Verordnung und Abgabe)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Systematische Massnahmen zur Medikationssicherheit (z.B. «Progress! Sichere Medikation an Schnittstellen», Management von Polypharmazie-etc.) - Systematischer Medikationsprozess (Logistik, Richtprozess, Vier-Augen-Prinzip, Interaktionen, Hochrisikomedikamente, Betäubungsmittel etc.) - Systematische Massnahmen zur Verbesserung der Adherence - Systematische Sicherstellung von leitlinienge- | | <ul style="list-style-type: none"> - Operative Einführung von psychiatriespezifischen Guidelines zur Medikation - Systematische Open Dialogues/Netzwerkgespräche - Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie | |

| Themenbereich | Potenziell anerkennbare Qualitätsverbesserungsmassnahmen | | | |
|---|---|---|---|--|
| | <p>Beispielhafte, nicht abschliessende Liste mit bereits existierenden oder zukünftigen Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Alle Massnahmen müssen gemäss dem Verfahren in 7.4 anerkannt werden. Nach Anerkennung werden die Qualitätsverbesserungsmassnahmen gemäss 7.4 Abs. 9 gelistet. Die Aufführung einer Qualitätsverbesserungsmassnahme in der unten stehenden Liste ist keine Gewähr für deren zukünftige Anerkennung, sondern soll mögliche Qualitätsverbesserungsmassnahmen pro Themenbereich und Fachbereich veranschaulichen.</p> | | | |
| | Alle Fachbereiche | Spezifisch für Akutsomatik | Spezifisch für Psychiatrie | Spezifisch für Rehabilitation |
| | rechter Pharmakotherapie, inklusive Plasmaspiegelbestimmung (TDM) und Kontrolluntersuchungen (z.B. EKG und Labor) - Systematische Visiten mit Pharmakologen/klinischen Pharmazeuten - Systematische Sicherstellung der korrekten Meldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (intern und gegenüber Behörden) - | | | |
| Indikationsqualität und Patientennutzen | - Indikationsboard - PROMs/PREMs - Systematische Massnahmen zur Erhöhung von Patientenzufriedenheit/Lebensqualität | - Tumorboard - OnkoZert - Qualitätslabel für Brustzentren | - Recovery/Shared Decision Making - Systematischer Einsatz von Peers - Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie | - Standardisierte Ergebniserhebungen (Abschlussassessments nach Indikation, z.B. Erstrehabilitation/Handoperation) |

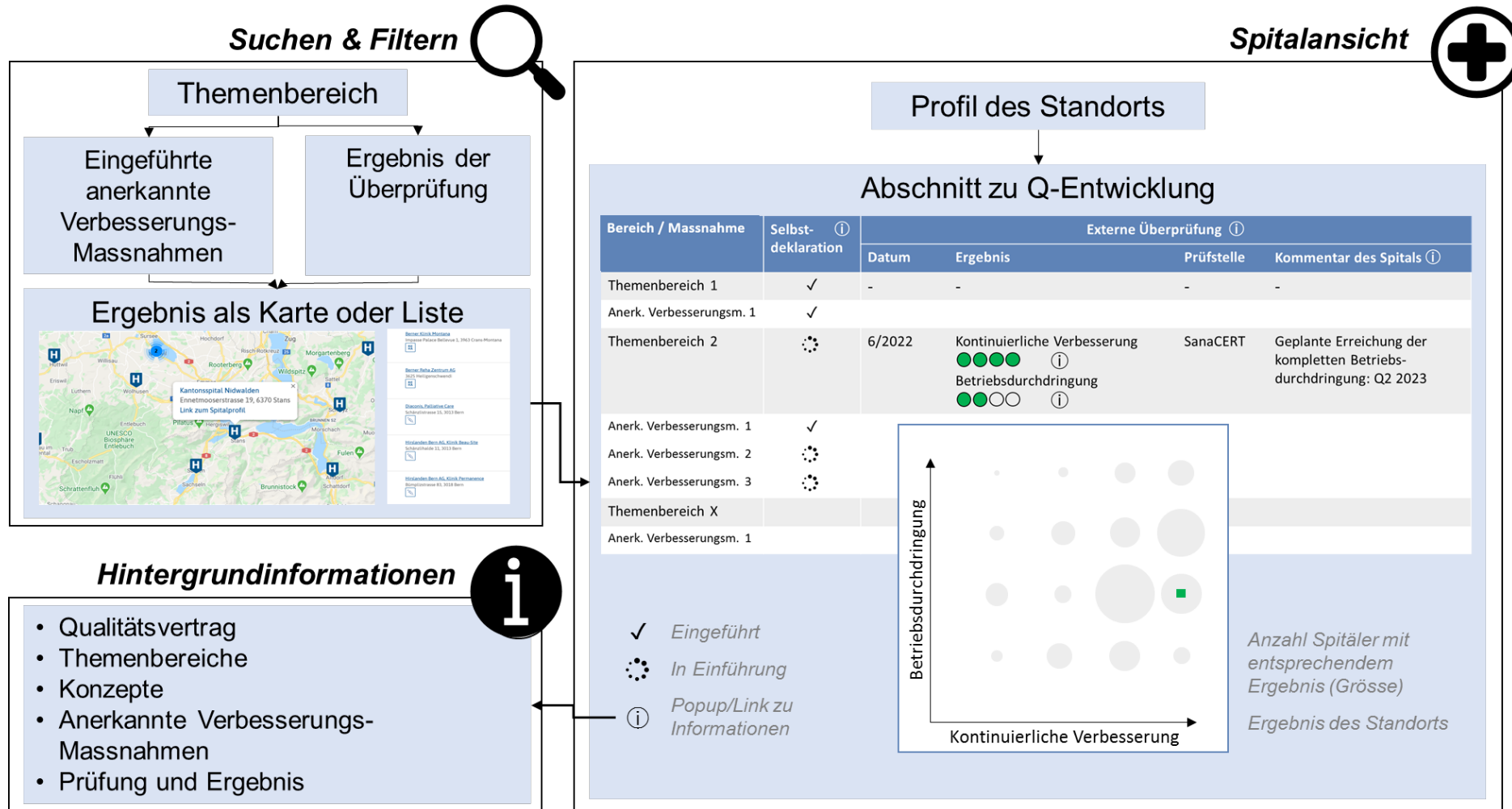
| Themenbereich | Potenziell anerkenbare Qualitätsverbesserungsmassnahmen | | | |
|--------------------------|---|--|---|---|
| | <p>Beispielhafte, nicht abschliessende Liste mit bereits existierenden oder zukünftigen Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Alle Massnahmen müssen gemäss dem Verfahren in 7.4 anerkannt werden. Nach Anerkennung werden die Qualitätsverbesserungsmassnahmen gemäss 7.4 Abs. 9 gelistet. Die Aufführung einer Qualitätsverbesserungsmassnahme in der unten stehenden Liste ist keine Gewähr für deren zukünftige Anerkennung, sondern soll mögliche Qualitätsverbesserungsmassnahmen pro Themenbereich und Fachbereich veranschaulichen.</p> | | | |
| | Alle Fachbereiche | Spezifisch für Akutsomatik | Spezifisch für Psychiatrie | Spezifisch für Rehabilitation |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Systematische Behandlungsplanung und Behandlungsziele gemeinsam mit Patienten - Systematische diagnostische Screenings - Systematische leitliniengerechte Behandlung | | | <ul style="list-style-type: none"> - Systematische Nutzung von ICF Core Sets - Systematische Anwendung von Screening-Fragebögen zur Indikationsstellung weitergehender Therapien (z.B. psychokardiologische Assessments, u.a. gemäss Leitlinien/Empfehlungen) |
| Schnittstellenmanagement | <ul style="list-style-type: none"> - Systematisches Case Management über Spital-/Klinikaufenthalt hinaus - Systematische Massnahmen resultierend aus dem BAG-Projekt «Koordinierte Versorgung» - Systematische Massnahmen zum Schnittstellenmanagement (Zuweiser, | <ul style="list-style-type: none"> - In-HospiTOOL | <ul style="list-style-type: none"> - Systematische Massnahmen zum Schnittstellenmanagement (insbesondere «supported employment», Job Coach etc.) | <ul style="list-style-type: none"> - Systematische Planung der Partizipation bei Austritt - Systematische Anwendung von individuellen Zielsetzungen/Zielsetzungsprozess mit Einbezug von Angehörigen |

| Themenbereich | Potenziell anerkenbare Qualitätsverbesserungsmassnahmen | | | |
|------------------|---|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| | <p>Beispielhafte, nicht abschliessende Liste mit bereits existierenden oder zukünftigen Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Alle Massnahmen müssen gemäss dem Verfahren in 7.4 anerkannt werden. Nach Anerkennung werden die Qualitätsverbesserungsmassnahmen gemäss 7.4 Abs. 9 gelistet. Die Aufführung einer Qualitätsverbesserungsmassnahme in der unten stehenden Liste ist keine Gewähr für deren zukünftige Anerkennung, sondern soll mögliche Qualitätsverbesserungsmassnahmen pro Themenbereich und Fachbereich veranschaulichen.</p> | | | |
| | Alle Fachbereiche | Spezifisch für Akutsomatik | Spezifisch für Psychiatrie | Spezifisch für Rehabilitation |
| | Austrittsberichte, Angehörigenberatung, Familiengespräche etc.) - Systematische Zusammenarbeit mit übergeordneten Triage-Stellen Systematische Planung der Nachkontrollen und anschliessender ambulanter Therapie - Sichere Medikation an Schnittstellen | | | |
| Suizidprävention | | <i>Themenbereich nicht eingeführt</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Systematisches Management von Suiziden und Suizidversuchen - Massnahmen zur Suizidprävention (z.B. Aktionsplan BAG oder weitere Standards/Verfahren) - Suizidalitätseinschätzung mittels PRSIM-S bei Eintritt und im Verlauf | <i>Themenbereich nicht eingeführt</i> |

| Themenbereich | Potenziell anerkenbare Qualitätsverbesserungsmassnahmen | | | |
|---------------|---|----------------------------|--|-------------------------------|
| | <p>Beispielhafte, nicht abschliessende Liste mit bereits existierenden oder zukünftigen Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Alle Massnahmen müssen gemäss dem Verfahren in 7.4 anerkannt werden. Nach Anerkennung werden die Qualitätsverbesserungsmassnahmen gemäss 7.4 Abs. 9 gelistet. Die Aufführung einer Qualitätsverbesserungsmassnahme in der unten stehenden Liste ist keine Gewähr für deren zukünftige Anerkennung, sondern soll mögliche Qualitätsverbesserungsmassnahmen pro Themenbereich und Fachbereich veranschaulichen.</p> | | | |
| | Alle Fachbereiche | Spezifisch für Akutsomatik | Spezifisch für Psychiatrie | Spezifisch für Rehabilitation |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Systematische Überbrückungsleistung nach Austritt - Strukturierte Einschätzung Suizidrisiko bei Eintritt (z.B. Nurses' Global Assessment of Suicide Risk NGASR) - Systematische Kurztherapie nach versuchtem Suizid ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) | |

Beispielhafte Darstellung der Publikation

1. Informationen auf dem Profil eines bestimmten Spitalstandortes



2. Schweizweite Suche nach bestimmten Kriterien

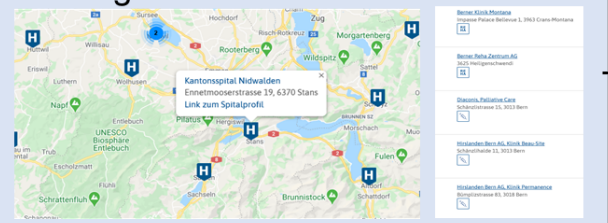
Suchen & Filtern

Themenbereich

Eingeführte anerkannte Verbesserungs-Massnahmen

Ergebnis der Überprüfung

Ergebnis als Karte oder Liste



Hintergrundinformationen

- Qualitätsvertrag
- Themenbereiche
- Konzepte
- Anerkannte Verbesserungs-Massnahmen
- Prüfung und Ergebnis

Ergebnisliste

Übersicht-Liste Suchergebnis: Nationale Suche

Ausdruck Ergebnisliste

Suchergebnis: Ganze Schweiz – Akutsomatik – Themenbereich 2 – Kontinuierliche Verbesserung – ●●●●

Erstellt am: 24.04.2020, 12:00 Gefundene Standorte: 50

| Standort | Bereich / Massnahme | Selbst-deklaration ⓘ | Externe Überprüfung ⓘ | | | |
|---|---------------------|----------------------|-----------------------|---|------------|---|
| | | | Datum | Ergebnis | Prüfstelle | Kommentar des Spitals ⓘ |
| Asana Spital Leuggern AG Kommendeweg 12, 5316 Leuggern | | | | | | |
| Themenbereich 1 | | ✓ | - | - | - | - |
| Anerk. Verbesserungsm. 1 | | ✓ | | | | |
| Themenbereich 2 | | ⚙️ | 6/2022 | Kontinuierliche Verbesserung ●●●● ⓘ Betriebsdurchdringung ●●○○ ⓘ | SanaCERT | Geplante Erreichung der kompletten Betriebsdurchdringung: Q2 2023 |
| Anerk. Verbesserungsm. 1 | | ✓ | | | | |
| Anerk. Verbesserungsm. 2 | | ⚙️ | | | | |
| Anerk. Verbesserungsm. 3 | | ⚙️ | | | | |
| Asana Spital Menziken AG Spitalstrasse 1, 5737 Menziken | | | | | | |
| Themenbereich 1 | | ✓ | - | - | - | - |
| Anerk. Verbesserungsm. 1 | | ✓ | | | | |
| Themenbereich 2 | | ⚙️ | 6/2022 | Kontinuierliche Verbesserung ●●●● ⓘ Betriebsdurchdringung ●●○○ ⓘ | SanaCERT | Geplante Erreichung der kompletten Betriebsdurchdringung: Q2 2023 |
| Anerk. Verbesserungsm. 1 | | ✓ | | | | |
| Anerk. Verbesserungsm. 2 | | ⚙️ | | | | |
| Anerk. Verbesserungsm. 3 | | ⚙️ | | | | |
| Themenbereich X | | | | | | |

nächste Seite ▶ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / .. /

Legende

ⓘ **Kontinuierliche Verbesserung:** Info-Text zur Abstufung ⚙️

ⓘ **Betriebsdurchdringung:** Info-Text zur Abstufung ✓

Beispiel: Erfüllung der kontinuierlichen Verbesserung im Themenbereich 2 der Akutsomatik.