

Anhang 1: Aufgaben der Spitäler und Kliniken zur Umsetzung des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG

Inhalt

1	Qualitätsmessungen	2
2	Massnahmen zur Qualitätsentwicklung.....	2
2.1	Qualitätsmanagementsystem	2
2.2	Qualitätssicherung	2
2.3	Qualitätskonzept	3
2.4	Verbesserungsmassnahmen	3
2.5	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (PDCA)	4
3	Überprüfung der Einhaltung der Verbesserungsmassnahmen	5
3.1	Selbstdeklaration zur Qualitätsentwicklung	5
3.2	Überprüfung.....	5
3.2.1	Anforderungen an die Prüfstelle	5
3.2.2	Gegenstand und Kriterien der Überprüfungen.....	5
3.2.3	Auflagen infolge von Überprüfungen	5
3.2.4	Prüfbericht	6
3.3	Dispensierung	6
4	Veröffentlichung der Qualitätsmessungen und der Verbesserungsmassnahmen.....	6

Einleitung

Anhang 1 zum Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG richtet sich an die Spitäler und Kliniken. Er regelt deren Rechte und Pflichten in Bezug auf die Qualitätsmessung, die Massnahmen zur Qualitätsentwicklung, die Überprüfung der Verbesserungsmassnahmen sowie die Veröffentlichung der Qualitätsmessungen und Verbesserungsmassnahmen.

1 Qualitätsmessungen

Die Spitäler und Kliniken sind verpflichtet, an den Qualitätsmessungen des ANQ sowie an den internen und externen Qualitätskontrollen für Laboratorien (QUALAB) teilzunehmen.

2 Massnahmen zur Qualitätsentwicklung

Die Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken stützt sich auf die Grundelemente Qualitätsmanagementsystem (QMS), Qualitätssicherung, Qualitätskonzept und Verbesserungsmassnahmen.

Nachfolgende Anforderungen zur Qualitätsentwicklung und den dazu gehörenden Prozessen gelten für die Spitäler und Kliniken.

2.1 Qualitätsmanagementsystem

- ¹ Jedes Spital und jede Klinik verfügt über ein QMS. Dieses bildet die Grundlage für die Qualitätsentwicklung im Spital oder in der Klinik.
- ² Das QMS ist zweckmässig und an die Komplexität des Leistungsspektrums sowie an die Spital- resp. Klinikgrösse angepasst.
- ³ Das QMS muss nicht zertifiziert sein.
- ⁴ Das QMS stellt die Standardisierung, Wirksamkeit und systematische Koordination der Qualitätsaktivitäten sicher und richtet sich nach den gesetzlichen und regulatorischen Vorgaben auf nationaler und kantonaler Ebene.
- ⁵ Der von den Vertragspartnern anerkannte Leitfaden Qualitätsmanagementsystem (Leitfaden QMS) mit Vorgaben und Empfehlungen an Spitäler und Kliniken im Rahmen von Art. 58a KVG ist für die Spitäler und Kliniken verbindlich. H+ publiziert den Leitfaden QMS auf seiner Webseite.
- ⁶ Der Leitfaden QMS umschreibt insbesondere folgende Mindestanforderungen:
 - a) verantwortliche Qualitätseinheit, die dem obersten operativen Führungsorgan untersteht;
 - b) Prozess zur kontinuierlichen Verbesserung (PDCA);
 - c) Prozessmanagement; sowie
 - d) Risikomanagement, inkl. Behandlungsprozess für nicht konforme und unerwünschte Ereignisse.

2.2 Qualitätssicherung

Folgende Massnahmen sind als Elemente der Qualitätssicherung obligatorisch und von den Spitälern und Kliniken umzusetzen:

- a) Einhalten der Anforderungen an ein QMS gemäss Ziffer 2.1;
- b) Führen eines Critical Incident Reporting System (CIRS) gemäss anerkannter Verbesserungsmassnahme; sowie
- c) Einhalten der «Guten Praxis» von Swissmedic in den Bereichen Aufbereitung, Instandhaltung und Vigilanz.

2.3 Qualitätskonzept

Für das Qualitätskonzept gelten folgende Mindestanforderungen:

- ¹ Spitäler und Kliniken erstellen ein Qualitätskonzept, welches die Handlungsfelder aus den Vierjahreszielen des Bundesrats gemäss Tabelle 1 unter Ziffer 2.4 aufnimmt. Es regelt die kontinuierliche Qualitätsentwicklung in den Spitälern und Kliniken und ist Teil des QMS.
- ² Die Handlungsfelder können in einem oder in getrennten Qualitätskonzepten abgebildet werden.
- ³ Das Qualitätskonzept hält die obligatorischen und die zusätzlich geforderten Verbesserungsmassnahmen gemäss Tabelle 1 fest.
- ⁴ Auf Basis des Qualitätskonzepts evaluiert das Spital oder die Klinik die Wirkung der implementierten Verbesserungsmassnahmen und ergreift Schritte zur Steigerung ihrer Wirksamkeit (PDCA-Zyklus).

2.4 Verbesserungsmassnahmen

- ¹ Die Spitäler und Kliniken setzen vertraglich anerkannte Verbesserungsmassnahmen um.
- ² Spitäler und Kliniken müssen die obligatorischen Verbesserungsmassnahmen in jedem Aktivitätstyp erfüllen, in welchem sie gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) Leistungen erbringen.
- ³ Spitäler und Kliniken müssen die Mindestanzahl an Verbesserungsmassnahmen in jedem Aktivitätstyp erfüllen, in welchem sie gemäss dem BFS Leistungen erbringen. Eine Verbesserungsmassnahme darf dabei in mehreren Aktivitätstypen angerechnet werden, sofern sie für die entsprechenden Aktivitätstypen anerkannt ist.
- ⁴ Eine Verbesserungsmassnahme kann nicht zwei verschiedenen Handlungsfeldern angerechnet werden.
- ⁵ Die Spitäler und Kliniken sowie Dritte können die Anerkennung von Verbesserungsmassnahmen gemäss Ziffer 4.4 Anhang 2 beantragen. Informationen zum Anerkennungsprozess sind auf der Webseite von H+ publiziert.

Tabelle 1

Handlungsfeld	Beschreibung und Ziele
<u>Qualitätskultur</u>	<u>Beschreibung</u> Implementieren von Massnahmen zur Förderung der interdisziplinären und interprofessionellen Lern- und Kommunikationskultur (bspw. Just Culture), welche das Qualitäts- und Sicherheitsbewusstsein der Mitarbeitenden auf allen Ebenen des Betriebs stärkt. <u>Ziele</u> Leben einer Lern- und Kommunikationskultur auf allen Ebenen des Betriebs. <u>Umzusetzende Verbesserungsmassnahmen</u> • CIRS • sowie eine zusätzliche anerkannte Verbesserungsmassnahme
<u>Patientensicherheit</u>	<u>Beschreibung</u> Massnahmen, welche präventiv, während oder nach dem Auftreten von Ereignissen eingesetzt werden. Die Massnahmen können u.a. in den Bereichen Infektionsprävention und -kontrolle (ausgenommen Psychiatrie), Medikationssicherheit, behandlungsbegleitende Qualität und Prävention sowie Schnittstellenmanagement eingesetzt werden. <u>Ziele</u>

	Stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Patientensicherheit, indem Risiken vermeidbarer Schäden reduziert, Fehler minimiert und deren Auswirkungen verringert werden, falls sie doch auftreten. <u>Umzusetzende Verbesserungsmaßnahmen</u> Akutsomatik: • Strukturelle Mindestanforderungen zur HAI-Prävention • sowie zwei zusätzliche anerkannte Verbesserungsmaßnahmen Psychiatrie: • Systematische Suizidprävention • sowie zwei zusätzliche anerkannte Verbesserungsmaßnahmen Rehabilitation: • Sturzprävention • sowie zwei zusätzliche anerkannte Verbesserungsmaßnahmen
<u>Evidenzbasierte Entscheidungsfindung</u>	<u>Beschreibung</u> Massnahmen zur Förderung der evidenzbasierten Entscheidungsfindung beim Einsatz von Gesundheitsdienstleistungen. <u>Ziele</u> Optimieren der Gesundheitsdienstleistungen (Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlung, etc.) zur Minimierung von Über-, Unter- oder Fehlversorgung. <u>Umzusetzende Verbesserungsmaßnahmen</u> • Eine anerkannte Verbesserungsmaßnahme
<u>Patientenzentriertheit</u>	<u>Beschreibung</u> Massnahmen zur Stärkung der Stellung der Patienten; Sicherstellen und Einbeziehen ihrer Präferenzen, Bedürfnisse und Werte in die klinische Entscheidungsfindung. <u>Ziele</u> Stärkung der Patientenzentriertheit sowie der Interaktion zwischen Patienten (inklusive ihrer Angehörigen) und Gesundheitsfachpersonen. <u>Umzusetzende Verbesserungsmaßnahmen</u> • Eine anerkannte Verbesserungsmaßnahme

2.5 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (PDCA)

Plan (P): Die Spitäler und Kliniken priorisieren ihre Qualitätsaktivitäten und die gewählten Verbesserungsmaßnahmen und begründen die Wahl nachvollziehbar anhand nationaler Qualitätsmessungen (ANQ-Messungen, Qualitätsindikatoren CH-IQI sowie interne und externe Qualitätskontrollen im Laboratorium) und betriebsinterner Daten (z.B. Struktur- und Prozessindikatoren sowie Patientenfeedbacks). Die Spitäler und Kliniken legen pro Verbesserungsmaßnahme spitalindividuelle Ziele inkl. Zielwerte fest. Diese richten sich nach den Vorgaben in der jeweiligen Verbesserungsmaßnahme und den nationalen Zielwerten (bspw. aus Empfehlungen der EQK sowie aus nationalen Programmen), sofern vorhanden. Abweichungen von nationalen Zielwerten sind zu begründen.

Do (D): Die Verbesserungsmaßnahme wird eingeführt und umgesetzt.

Check (C): Die Erreichung der spitalindividuellen Ziele inkl. Zielwerte wird überprüft.

Act (A): Bei Nichterreichung der spitalindividuellen Zielwerte dokumentieren die Spitäler und Kliniken die Gründe der Abweichung sowie die daraus abgeleiteten Massnahmen. Eine Anpassung der spitalindividuellen Zielwerte wird geprüft und begründet. Ein mögliches Ziel kann auch die Stabilisierung sein.

Der PDCA-Zyklus wird kontinuierlich durchlaufen. Der Umsetzungsstand des PDCA-Zyklus fließt in die jährliche Selbstdeklaration ein.

3 Überprüfung der Einhaltung der Verbesserungsmassnahmen

Nachfolgend sind die Pflichten der Spitäler und Kliniken hinsichtlich der Überprüfung der Einhaltung der Verbesserungsmassnahmen sowie die dazugehörigen Prozesse festgehalten.

3.1 Selbstdeklaration zur Qualitätsentwicklung

- ¹ Die Selbstdeklaration erfolgt über die zur Publikation vorgesehene Plattform (www.spitalinfo.ch).
- ² Die Spitäler und Kliniken deklarieren jährlich mit den Prädikaten «implementiert» oder «in Implementierung» den Umsetzungsstand des QMS und der Qualitätskonzepte. Die Umsetzung gilt als «implementiert», wenn die Mindestanforderungen gemäss Leitfaden QMS und an das Qualitätskonzept erfüllt sind.
- ³ Die Spitäler und Kliniken deklarieren jährlich mit den Prädikaten «implementiert» oder «in Implementierung» den Umsetzungsstand der Verbesserungsmassnahmen. Nach erstmaligem Durchlaufen des PDCA-Zyklus gilt die Verbesserungsmassnahme als implementiert.

3.2 Überprüfung

Die Spitäler und Kliniken sind verpflichtet, an externen Überprüfungen teilzunehmen. Die Vertragspartner bestimmen die zu überprüfenden Spitäler und Kliniken. Die betroffenen Spitäler und Kliniken werden nach Festlegung der Stichprobe informiert.

3.2.1 Anforderungen an die Prüfstelle

- ¹ Das Spital wählt die Prüfstelle. Sie muss unabhängig vom Spital sein und es dürfen keine Interessenkonflikte bestehen.
- ² Die Prüfstelle erfüllt eine der folgenden Anforderungen:
 - a) akkreditiert durch die schweizerische Akkreditierungsstelle nach ISO/EN 17021-1:2015 oder aktuelle Zertifizierungsstelle für Managementsysteme für die Überprüfung von QMS im Gesundheitswesen; oder
 - b) offizieller Partner der European Foundation for Quality Management (EFQM) (EFQM-zertifizierte Anerkennungsorganisationen) mit Kompetenzen im Bereich Gesundheitswesen.
- ³ Die externen Überprüfungen der Umsetzung des Qualitätsvertrags müssen nicht im Rahmen der Zertifizierung bzw. nach EFQM-Konzept stattfinden.

3.2.2 Gegenstand und Kriterien der Überprüfungen

- ¹ Mit der Überprüfung wird in einem Spital oder einer Klinik kontrolliert, ob
 - a) das QMS die Mindestanforderungen erfüllt;
 - b) das Qualitätskonzept die Mindestanforderungen erfüllt; sowie
 - c) die Verbesserungsmassnahmen die Überprüfungskriterien erfüllen (gemäss publizierter Beschreibung der anerkannten Verbesserungsmassnahmen).
- ² Die Prüfstelle bewertet pro Verbesserungsmassnahme den Umsetzungsstand (PDCA) und die Betriebsdurchdringung (Umsetzung in allen relevanten Bereichen des Spitals oder der Klinik).

3.2.3 Auflagen infolge von Überprüfungen

Stellt die Prüfstelle bei der Überprüfung fest, dass die Anforderungen nicht erfüllt sind, erteilt sie dem Spital oder der Klinik eine angemessen terminierte Auflage zur Behebung der Mängel. Die Prüfstelle kann die Frist zur Behebung der Mängel einmalig und verhältnismässig verlängern.

3.2.4 Prüfbericht

- ¹ Die Prüfstelle erstellt einen Prüfbericht zu den Überprüfungsgegenständen mit Benennung allfälliger Auflagen und übermittelt diesen zeitnah dem überprüften Spital oder der überprüften Klinik (Prüfbericht an das Spital oder die Klinik).
- ² Der Prüfbericht enthält einen Auszug für die Vertragspartner (Auszug Prüfbericht), welcher ausschliesslich folgende Inhalte umfasst:
 - a) Beschluss des Spitals oder der Klinik zur Wahl der Prüfstelle;
 - b) Datum der Überprüfung;
 - c) Ergebnis der Überprüfung, inkl. der Auflagen, gemäss Ziffer 3.2.3;
 - d) allfällige Fristen zur Erfüllung von Auflagen; sowie
 - e) Erfüllung oder Nichterfüllung von Auflagen aus der vorhergehenden Überprüfung.
- ³ Das Spital oder die Klinik erhält eine angemessene Frist zur Stellungnahme zum Prüfbericht inkl. dem Auszug Prüfbericht sowie zum Verfassen eines öffentlichen Kommentars zum Ergebnis der Überprüfung.
- ⁴ Nach Stellungnahme des Spitals oder der Klinik und allfälligen Änderungen im Prüfbericht inkl. des Auszugs Prüfbericht übermittelt die Prüfstelle den Auszug Prüfbericht sowie den öffentlichen Kommentar des Spitals oder der Klinik zum Ergebnis zeitnah an den mit der Koordination der Überprüfungen beauftragten Dritten.
- ⁵ Sollte ein Spital oder eine Klinik mit der Bewertung und/oder den Auflagen nicht einverstanden sein und keine Einigung zwischen Spital oder Klinik und Prüfstelle erfolgen, vermitteln und entscheiden die paritätischen Ausschüsse 58 (PA58) gemäss Ziffer 5.4 Anhang 2.
- ⁶ Die Prüfstelle meldet dem mit der Koordination der Überprüfungen beauftragten Dritten ebenfalls Fristverlängerungen sowie die Erfüllung oder Nichterfüllung von Auflagen.

3.3 Dispensierung

- ¹ Spitäler und Kliniken können einen Antrag auf teilweise oder vollständige Dispensierung von Überprüfungen stellen. Als Gründe gelten insbesondere:
 - a) Schliessung des Standorts im laufenden Jahr;
 - b) temporäre Schliessung des Betriebs oder der für die Überprüfung relevanten Teile davon;
 - c) Nachweis einer aktuell gültigen Zertifizierung, welche inhaltlich den Vorgaben von Ziffer 3.2.2 entspricht; oder
 - d) Nachweis einer aktuell gültigen Überprüfung durch den Standortkanton, die inhaltlich den Vorgaben von Ziffer 3.2.2 entspricht.
- ² Damit eine Dispensierung nach Bst. c und d gewährt werden kann, muss die Prüfstelle oder der Kanton den Auszug Prüfbericht erstellen und einreichen. Kann nur ein Teil der geforderten Angaben im Auszug Prüfbericht angegeben werden, erfolgt eine Teildispensierung für diese Überprüfungsgegenstände.

4 Veröffentlichung der Qualitätsmessungen und der Verbesserungsmassnahmen

- ¹ Die Publikation der Qualitätsmessungen und Verbesserungsmassnahmen ist in Ziffer 8 Anhang 2 geregelt.
- ² Die Spitäler und Kliniken haben das Recht, die publizierten Ergebnisse der Überprüfung öffentlich auf derselben Plattform zu kommentieren.
- ³ Die Ergebnisse der Überprüfungen werden während zwei Jahren publiziert.