



Unabhängige Beurteilung Verbesserung Behandlungsqualität nach KVV Art. 76 b und 76 c

Evaluationsbericht auf der Datengrundlage des Messjahres
2025 zuhnden H+ Ihre Spitäler

Autorenschaft: Silvia Thomann, Cécile JeanRichard, Niklaus S. Bernet;
Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit

Version und Datum: V1.0, 29.06.2026

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Vorgehen	4
2.1	Datensammlung	4
2.2	Datenanalyse	5
2.3	Unabhängigkeit der BFH	7
3	Ergebnisse Evaluation der Verbesserung der Behandlungsqualität	8
3.1	Datengrundlage	8
3.2	Gelder aus zurückbehaltenen Rabatten	8
3.3	Konzept in Erarbeitung/Vorhanden	8
3.4	Zielerreichung	10
3.4.1	Grad der Zielerreichung	10
3.5	Gründe für das Nicht-Erreichen der Zielsetzungen	10
3.6	Vollständigkeit der Daten	11
4	Fazit Verbesserung der Behandlungsqualität	12
5	Empfehlungen	13
5.1	Ausblick	14
6	Tabellenverzeichnis	15
7	Anhang	16
7.1	Zielerreichung pro Ziel	16

1 Ausgangslage

«Das KVG [Krankenversicherungsgesetz] sieht vor, dass Vergünstigungen gemäss Art. 56 Abs. 3 Bst. b KVG nicht mehr vollumfänglich, sondern "mehrheitlich" von den Leistungserbringern an die Schuldner der Vergütung weitergegeben werden müssen, und dass nicht weitergegebene Vergünstigungen zur nachweislichen "Verbesserung der Qualität der Behandlung" der Patienten eingesetzt werden müssen.»¹ (1, S. 3). H+ hat hierzu mit den Versicherern/Einkaufsgemeinschaften eine Vereinbarung ausgehandelt, der Leistungserbringer/Spitäler beitreten können (Vereinbarung betreffend die nicht vollständige Weitergabe von Vergünstigungen gemäss Art. 56 Abs. 3bis KVG [Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe]¹). Die Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe «regelt die nicht vollumfängliche Weitergabe von Vergünstigungen [...] Arzneimitteln im Bereich der ambulanten Leistungserbringung zur nachweislichen Verbesserung der Behandlungsqualität.» (1, S. 4). Die Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe «verpflichtet die Leistungserbringer, nicht vollumfänglich weitergegebene Vergünstigungen gemäss Art. 76b Abs. 2 Bst. b KVV nach Massgabe dieser Vereinbarung und der einschlägigen Regelungen in der KVV [Verordnung über die Krankenversicherung] zur Verbesserung der Behandlungsqualität einzusetzen.» (1, S. 6). H+ ist dabei «für eine Evaluation gemäss den Vorgaben von Art. 76c Abs. 3 KVV zum Nachweis der durch die Vereinbarung insgesamt erreichte Verbesserung der Behandlungsqualität» (1, S. 7) verantwortlich. Um dieser Verpflichtung nachzukommen, hat H+ die Berner Fachhochschule (BFH) beauftragt, eine unabhängige Evaluation zum Nachweis der durch die Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe insgesamt erreichten Verbesserung der Behandlungsqualität gemäss Art. 76c KVV durchzuführen und zuhanden des Auftragsgebers (H+) respektive der Versicherer/Einkaufsgemeinschaften für die Berichterstattung an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) einen Evaluationsbericht zu verfassen. Im Jahr 2022 hat die BFH basierend auf den Daten 2021 eine erste Evaluation mit Pilotcharakter vorgenommen und die gewonnenen Erkenntnisse sowie Empfehlungen im Hinblick auf zukünftige Evaluationen im sogenannten Evaluationsbericht 2022 zusammengefasst. Anschliessend wurde die BFH sowohl für die Evaluation der Daten 2022 (Evaluationsbericht 2023), Evaluation der Daten 2023 (Evaluationsbericht auf der Datengrundlage des Messjahres 2023 zuhanden H+), Evaluation der Daten 2024 (Evaluationsbericht auf der Datengrundlage des Messjahres 2024 zuhanden H+) wie auch für die aktuelle Evaluation der Daten 2025 beauftragt, deren Erkenntnisse im vorliegenden Bericht (Evaluationsbericht auf der Datengrundlage des Messjahres 2025 zuhanden H+) festgehalten sind.

¹ Vereinbarung betreffend die nicht vollständige Weitergabe von Vergünstigungen gemäss Art. 56 Abs. 3bis KVG zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz und den Einkaufsgemeinschaften/ Versicherer (vertreten durch Einkaufsgemeinschaft HSK AG, CSS Kranken-Versicherung AG, tarifsuisse ag). Gültig ab 01.01.2025. https://cug.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Tarife/Heilmittel/Weitergabe_von_Verguenstigungen/Weitergabe_von_Verguenstigungen_gemess_Art._56_Abs._3bis_KVG_zwischen_H__tarifsuisse_HSK_und_CSS.pdf

2 Vorgehen

Für die vorliegende unabhängige Evaluation standen erstmals standardisierte Angaben der Leistungserbringer zu den umgesetzten Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) und ihren damit einhergehenden Ziel- und erreichten Werten sowie den dazu eingesetzten finanziellen Mittel aus zurückbehaltenen Rabatten zur Verfügung. Damit konnten erstmal alle Daten aller Leistungserbringer in die Evaluation einfließen. Diese Standardisierung wurde möglich, da die Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe gültig ab 01.01.2025 den Verwendungszweck eingrenzt. Die Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe beschreibt: «Mögliche, durch die einbehaltenen Vergünstigungen zu finanzierenden Massnahmen sind in der abschliessenden Liste in Anhang 6 aufgeführt, welche sich an die anerkannten Qualitätsverbesserungsmassnahmen des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG des Verbands anlehnen»⁽¹⁾, S. 7). Anhang 6 wird jährlich per Ende Dezember aktualisiert.

2.1 Datensammlung

Für die Datensammlung war H+ Ihre Spitäler zuständig. Der Verband entwickelte für jede bis Ende 2025 anerkannten QVM des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG² eine standardisierte Datenabfrage zu zentralen Kennwerten der Umsetzung der QVM. Die BFH wurde bei diesen Entwicklungen punktuell beratend einbezogen.

Im Rahmen der Datenabfrage gaben die Leistungserbringern an:

- (bereits mit dem Beitrittsformular im November 2024) welche QVM sie im Rahmen der Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe 2025 umsetzen und ob sie dabei ein entsprechendes Konzept noch am Erarbeiten sind oder ein solches bereits vorliegt,
- wie der Umfang eingesetzter Gelder war und wie viel davon auf im Rahmen der Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe zurückbehaltenen Vergünstigungen zurückzuführen ist,
- welche Zielwerte sie sich gesetzt und welche Werte sie erreicht haben,
- ob sie die QVM im Folgejahr (2026) fortführen und falls ja, welche Zielwerte sie sich für das Folgejahr setzen,
- welche zusätzlichen QVM im Folgejahr umgesetzt werden (inkl. Angabe der Zielwerte für das Folgejahr).

Pro QVM konnten mehrere Ziele adressiert werden. Die verschiedenen Ziele wiesen unterschiedliche Variablentypen auf (binär, nominal, ordinal, numerisch, Datum, Freitext). Nebst den standardisierten Zielen konnte auch eigene Ziele angegeben werden (alle als Variablentyp Freitext). Ebenfalls bestand die Möglichkeit, Anmerkungen zu machen, wenn ein Zielwert nicht erreicht werden konnte. Nachfolgendes Beispiel in Tabelle 1 veranschaulicht die fünf verschiedenen, standardisierten Ziele, die im Rahmen der QVM *Mitarbeitendenbefragung* abgefragt wurden.

Tabelle 1: Beispiel standardisierte Ziele QVM *Mitarbeitendenbefragung*

QVM: Mitarbeitendenbefragung	
Ziel- / Messwert	Antwortoptionen
Durchführung Mitarbeiterbefragung	Ja / nein
Mitarbeiterzufriedenheit	Zielwert
Kommunikation der Ergebnisse Zielgruppen-gerecht	Ja / nein / teilweise
Massnahmenplan aufgrund der Ergebnisse erstellt bis	Datum
Anteil umgesetzter Massnahmen	%

Das System wurde so programmiert, dass die Datenfreigabe durch die Leistungserbringer nur dann möglich war, wenn alle Pflichtangaben gemacht wurden. Als vollständig galten die Daten, wenn die Leistungserbringer deklarierten, dass der Rabatt an die Versicherten vollständig weitergegeben wurde oder wenn folgende Mindestangaben zu den im Rahmen der Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe umgesetzten QVM vorlagen:

² <https://cug.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsprogrammeundpatientensicherheit>

- Konzept zur QVM vorhanden oder noch in Erarbeitung.
- Anteil finanzielle Mittel aus zurückbehaltenen Rabatten in CHF pro QVM
- Falls das Konzept für die QVM noch in Erarbeitung ist: Angabe des Datums, bis wann das Konzept erarbeitet wird
- Falls sich die QVM bereits in Umsetzung befindet:
 - o mindestens ein erreichter Wert
 - o Bei vorhandenen Zielwerten war zudem zwingend ein erreichter Wert beim entsprechenden Ziel anzugeben
- Falls die QVM im Folgejahr fortgeführt wird: mindestens ein Zielwert für das Folgejahr

Da es sich um die erstmalige Erfassung der Daten mittels dieser standardisierten Datenabfrage handelte, wurden für dieses Übergangsjahr die gesetzten Zielwerte retrospektiv, vor der Erfassung der erreichten Werte, durch die Leistungserbringer erfasst. Diese retrospektive Erfassung wird für die Daten 2026 nicht mehr stattfinden. Bei der Datengrundlage handelte es sich um selbstdeklarierte Daten der Leistungserbringer.

2.2 Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte quantitativ deskriptiv. In die Analyse eingeschlossen wurden die Daten zu allen QVM, bei denen die Leistungserbringer angegeben haben, dass die QVM im Rahmen der Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe umgesetzt wurde und der «Anteil zurückbehaltene Rabatte in CHF» einen Wert von > 0 CHF aufwies. In einem ersten Schritt wurde über alle Leistungserbringer ausgewertet, wie sich die Anteile «Konzept in Erarbeitung» respektive «Konzept vorhanden» pro QVM sowie über alle QVM hinweg darstellen. Für alle QVM, die als «Konzept vorhanden» deklariert wurden, erfolgte anschliessend über alle Leistungserbringer hinweg ein Abgleich zwischen Zielwerten und erreichten Werten. Dieser Abgleich erfolgte auf Ebene der einzelnen Ziele wie auch insgesamt über alle Ziele. Zudem wurde die Summe der aus Rabatten zurückbehaltenen eingesetzten Mittel «Anteil zurückbehaltene Rabatte in CHF» pro QVM und insgesamt berechnet.

Für den Abgleich zwischen Zielwerten und erreichten Werten wurden nur die standardisierten Ziele der Variablentypen binär, nominal, ordinal, numerisch und Datum berücksichtigt. Alle unstrukturierten Daten, d.h. Variablentypen Freitext (Anzahl betroffener Ziele insgesamt: 2), sowie von den Leistungserbringern individuell definierte Ziele wurden in der Evaluation nicht berücksichtigt. In einem ersten Schritt wurden die Daten so aufbereitet, dass eine Hierarchie in den Antwortoptionen entstand. Nachfolgende Tabelle 2 zeigt die Variablentypen mit den standardisierten Antwortoptionen des Datenerfassungssystems und deren Umkodierung zugunsten einer Hierarchie.

Tabelle 2: Übersicht Variablentypen mit standardisierten Antwortoptionen und Umkodierung

Variablentyp	Antwortoptionen	Umkodierung
Binär	1=Ja; 2=Nein 1=Rückgang; 2=Kein Rückgang <i>Sonderfall (weisst für die Zielwerte drei Antwortoptionen auf, für die erreichten Werte jedoch nur zwei):</i> <i>1=Ja; 2=Nein; (3=Nicht bekannt)</i>	Ja 1 = 2, Nein 2 = 0 Rückgang 1 = 2, Kein Rückgang 2 = 0 <i>Sonderfall:</i> <i>Ja 1 = 2, Nein 2 = 0, Nicht bekannt 3 = 0</i>
Nominal	1=Anzahl; 2=Live 1=Im Aufbau bis; 2=Bereits vorhanden	keine
Ordinal	1=Ja; 2=Nein; 3=Teilweise 1=Ja; 2=Nein; 3=Im Aufbau 1=Ja; 2=Nein; 3=In Ausbildung	Ja 1 = 2, Nein 2 = 0, Teilweise 3 = 1 Ja 1 = 2, Nein 2 = 0, Im Aufbau 3 = 1 Ja 1 = 2, Nein 2 = 0, In Ausbildung 3 = 1
Numerisch	Anzahl / Prozentwert	keine
Datum	Datum in TT.MM.JJJJ	keine

Basierend auf dieser Hierarchie wurde anschliessend ein Zielerreichungsquotient pro Ziel berechnet (erreichter Wert / Zielwert) respektive bei Zielen mit Datum wurde die Differenz in Tagen berechnet (erreichtes Datum – Zieldatum). Umgekehrt (Reverse) kodierte Ziele (tiefere Werte = besser) wurden nicht umkodiert. Anstelle einer Umkodierung wurde die Berechnung des Zielquotienten gedreht (d.h. Zielwert / erreichter Wert respektive Zieldatum – erreichtes Datum). Wo der Zielwert 0 war (u.a. auch aufgrund der Umkodierung von Nein = 0) wurde festgelegt, dass bei einem erreichten Wert von 0 das Ergebnis 1 ist und bei einem erreichten Wert von >0 das Ergebnis des Abgleichs 1.1 beträgt, damit die Interpretation einheitlich erfolgen kann. Für die Interpretation der Werte wurden die in nachfolgender Tabelle 3 festgehaltenen Cut-offs verwendet, die einmal eine Aussage zur Erreichung der Zielsetzung generell sowie einmal den Grad der Erreichung differenzierter ausweisen. Gemäss H+ ist die Datenabfragelogik so zu interpretieren, dass beim Variablentyp *Ordinal* die Antwortoption *Teilweise* als Zielwert erreicht zu werten ist. Bei den Variablentypen *Numerisch* und *Datum* gilt der Zielwert dann als erreicht, wenn die effektive Anzahl/Prozentsatz/Datum erreicht oder übertroffen wurde.

Tabelle 3: Übersicht Cut-offs der Dateninterpretation pro Variablentyp

Variablentyp	(Nicht-)Erreicht	Grad der Erreichung
Binär	> 0 → Ziel erreicht = 0 → Ziel nicht erreicht	> 1 → Ziel übertroffen = 1 → Ziel erreicht = 0 → Ziel nicht erreicht
Nominal	≥ 1 → Ziel erreicht < 1 → Ziel nicht erreicht	> 1 → Ziel übertroffen = 1 → Ziel erreicht < 1 → Ziel nicht erreicht
Ordinal	> 0 → Ziel erreicht = 0 → Ziel nicht erreicht	> 1 → Ziel übertroffen = 1 → Ziel erreicht = 0.5 → Ziel teilweise erreicht = 0 → Ziel nicht erreicht
Numerisch	≥ 1 → Ziel erreicht < 1 → Ziel nicht erreicht	> 1 → Ziel übertroffen = 1 → Ziel erreicht > 0.5 & < 1 → Ziel mittel verfehlt ≤ 0.5 → Ziel stark verfehlt
Numerisch Neutral (keine Gewichtung möglich)*	Eintrag vorhanden → Ziel erreicht Kein Eintrag vorhanden → Ziel nicht erreicht	Eintrag vorhanden → Ziel erreicht Kein Eintrag vorhanden → Ziel nicht erreicht
Datum	Datumsdifferenz in Tagen ≤ 0 → Ziel erreicht Datumsdifferenz in Tagen > 0 → Ziel nicht erreicht	< 0 → Ziel übertroffen = 0 → Ziel erreicht ≥ 1 & < 91 → Ziel mittel verfehlt ≥ 91 → Ziel stark verfehlt
*Beispiel: Strukturen ethischer Entscheidungsfindung (Anzahl identifizierter Massnahmen zur weiteren Förderung der ethischen Fallbesprechungen)		

Zur Interpretation der Ergebnisse erfolgte eine Analyse pro Ziel pro QVM über alle Leistungserbringer sowie eine Analyse über alle Ziele aller QVM aller Leistungserbringer. Die Begründungen (Freitext) bei Nicht-Erreichen der Zielwerte wurden kursorisch über alle Ziele aller QVM aller Leistungserbringer geprüft, um zu eruieren, was häufig genannte Gründe sind. Es erfolgte jedoch keine systematische Auswertung der Begründungen. Ebenfalls erfolgte keine Auswertung der Werte zur «Behebung bis» bei Nicht-Erreichung der Zielwerte. Zusätzlich zur deskriptiven Auswertung wurde die Vollständigkeit der Datenanlieferung pro Leistungserbringer anhand der festgelegten Mindestanforderungen in der Datensammlung überprüft. Initial war zudem angedacht, pro Ziel extrem abweichende Werte zu prüfen. Im Rahmen der Analyse zeigte sich jedoch, dass extrem abweichende Werte kaum sinnvoll festgelegt werden können, da die Heterogenität der Profile der Leistungserbringer eine grosse Bandbreite hinsichtlich plausibler Werte mit sich bringt. Beispielsweise kann ein sehr grosser Range bei der Anzahl Durchführungen *Interaktives Lernen im Room of Horror* plausibel sein, wenn die Angaben einmal aus einem kleineren Spital und einmal aus einem Universitätsspital stammen.

2.3 Unabhängigkeit der BFH

Die BFH wurde von H+ für die unabhängige Evaluation beauftragt. Die BFH erhielt dazu die unveränderten Daten der Leistungserbringer und führte die Evaluation der QVM unabhängig von H+ durch. Die Zusammenarbeit der BFH und H+ in Zusammenhang mit der Evaluation beschränkt sich auf strukturelle und organisatorische Themen, die entsprechend in diesem Bericht ausgewiesen sind. So erfolgten Absprachen zum Verständnis der Datenstruktur und Datenerfassungslogiken im System von H+. In diesem Zusammenhang erhielt die BFH auch einen Zugang zum Datenerfassungssystem, um im Rahmen eines fiktiven Leistungserbringers Daten erfassen und damit das System noch besser nachvollziehen zu können. Ebenfalls erfolgten Absprachen zwischen der BFH und H+ zum Vorgehen der Datenanalyse im Sinne der Klärung von Erwartungen / Anforderungen sowie Interpretationslogiken. Die Datenanalyse und damit Evaluation erfolgte ohne Beizug von H+ oder den Leistungserbringern. Ebenfalls stand die BFH mit keinem der Leistungserbringer bezüglich der evaluierten QVM in Verbindung.

3 Ergebnisse Evaluation der Verbesserung der Behandlungsqualität

3.1 Datengrundlage

Insgesamt lagen Daten von 59 Leistungserbringer vor, die in die Evaluation eingeflossen sind. Diese 59 Leistungserbringer setzen insgesamt 374 QVM im Rahmen der Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe um. Innerhalb dieser 374 QVM lagen 693 Ziele vor, bei denen ein Abgleich zwischen Zielwert und erreichtem Wert möglich war.

3.2 Gelder aus zurückbehaltenen Rabatten

Insgesamt wurden gemäss den im Datenerfassungstool gemachten Angaben über alle QVM und Leistungserbringer 70'324'373.52 CHF für die Umsetzung der QVM aus zurückbehaltenen Rabatten investiert. Anhand stichprobenartiger Überprüfungen zeigte sich, dass teilweise der Umfang Gelder aus zurückbehaltenen Rabatten grösser war als die Angaben zu den insgesamt eingesetzten finanziellen Mitteln pro QVM. Weiter fiel auf, dass teilweise bei mehreren QVM desselben Leistungserbringers der Anteil Gelder aus zurückbehaltenen Rabatten bei allen QVM identisch war. Ob die Gelder aus den Rabatten linear auf die QVMs verteilt wurden oder ob jeweils die Gesamtsumme der Rabatte eingefügt wurde, kann nicht beurteilt werden. H+ hat daher anhand der eingereichten Berechnungen die Summe an zurückbehaltenen Rabatten über alle Leistungserbringer überprüft. Gemäss diesen Berechnungen wurden 2025 insgesamt knapp 47 Mio. CHF an Rabatten zurückbehalten. Da damit Hinweise vorliegen, dass die Angaben nicht korrekt sein könnten, erfolgt keine detaillierte Berichterstattung zu den Geldern aus zurückbehaltenen Rabatten.

3.3 Konzept in Erarbeitung/Vorhanden

Von den 374 QVM wurde bei 84% (n=341) angegeben, dass ein Konzept bereits vorliegt. Patientenbefragung ist jene QVM, die generell am häufigsten als im Rahmen der Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe adressiert deklariert wurde (36 von 59 Leistungserbringer). Für diese QVM lag auch am häufigsten ein Konzept bereits vor (bei 31 Leistungserbringer). Gleichzeitig war diese QVM auch jene, bei der in absoluten Zahlen am häufigsten Konzepte noch in Erarbeitung waren (bei 5 Leistungserbringer). Da gewisse QVM nur von einzelnen Leistungserbringer als im Rahmen der Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe adressiert deklariert wurden und damit Einzelantworten den Anteil Konzept vorhanden respektive in Erarbeitung pro QVM stark verändern, lässt sich die anteilmässige Verteilung nicht sinnvoll interpretiert. Tabelle 4 zeigt pro QVM, wie viele Leistungserbringer (Anzahl und Anteil) bei der jeweiligen QVM angaben, dass das Konzept noch in Erarbeitung respektive bereits vorhanden ist. Ebenfalls kann dieser Tabelle entnommen werden wie viele Leistungserbringer insgesamt die entsprechende QVM als im Rahmen der Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe adressiert deklariert haben.

Tabelle 4: Übersicht pro QVM zur Anzahl und Anteil Leistungserbringer mit vorhandenem Konzept respektive Konzept in Erarbeitung

QVM	Konzept in Erarbeitung n (%)	Konzept vorhanden n (%)	Leistungserbringer Total n
Handlungsfeld Qualitätskultur			
Interaktives Lernen im Room of Horrors	1 (4.8)	20 (95.2)	21
Interprofessionelle Peer Reviews	1 (14.3)	6 (85.7)	7
Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz	0 (0.0)	24 (100.0)	24
Systemische Fehleranalyse auf Basis des Londonprotokolls	0 (0.0)	7 (100.0)	7
Qualitätszirkel	2 (6.2)	30 (93.8)	32
Mitarbeitendenbefragung	3 (10.0)	27 (90.0)	30
Interprofessionelle Zusammenarbeit mit TeamSTEPPS	0 (0.0)	2 (100.0)	2
Förderung der "Speak up" Kultur	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Klinische Simulation zur Patientensicherheit	0 (0.0)	1 (100.0)	1
Handlungsfeld Patientensicherheit			
Antimicrobial Stewardship Programm (ASP)	1 (10.0)	9 (90.0)	10
Checkliste sichere Chirurgie	1 (4.3)	22 (95.7)	23
Dekubitusprävention FHV	2 (6.7)	28 (93.3)	30
Prävention von akuter Verwirrtheit	0 (0.0)	22 (100.0)	22
Freiheitsbeschränkende Massnahmen	3 (30.0)	7 (70.0)	10
Intraoperative Adverse Events nach ClassIntra	1 (25.0)	3 (75.0)	4
Management der Mangelernährung	2 (13.3)	13 (86.7)	15
Modul CAUTI Intervention (Catheter-associated urinary tract infections)	0 (0.0)	5 (100.0)	5
Patient Blood Management	1 (16.7)	5 (83.3)	6
Strukturelle Mindestanforderungen zur HAI Prävention	1 (6.2)	15 (93.8)	16
Suizidprävention nach Suizidversuch mittels Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)	-	-	0
Surgical Site Infections (SSI) Interventionsmodul	1 (12.5)	7 (87.5)	8
Systematische Suizidprävention	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Sturzprävention	1 (3.2)	30 (96.8)	31
Medication Review	0 (0.0)	7 (100.0)	7
Selbstmanagementförderung bei Krebs	-	-	0
Sepsis	0 (0.0)	1 (100.0)	1
Strukturierte Patientenübergabe	0 (0.0)	1 (100.0)	1
Supervision in der Psychiatrie	-	-	0
Frühzeitige Mobilisierung	0 (0.0)	1 (100.0)	1

Handlungsfeld Patientenzentriertheit			
Patientenbefragung	5 (13.9)	31 (86.1)	36
Aktiver Einbezug von Angehörigen in der Psychiatrie	0 (0.0)	1 (100.0)	1
Selbsthilfefreundlichkeit im Spital	0 (0.0)	1 (100.0)	1
Case Management	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Strukturen ethischer Entscheidungsfindung	0 (0.0)	4 (100.0)	4
Beschwerdemanagement	0 (0.0)	1 (100.0)	1
Fallbesprechung im Reflecting Team	-	-	0
Patient-Reported Outcome Measures (PROMS)	-	-	0
Handlungsfeld Evidenzbasierte Entscheidungsfindung			
Strukturierte Fallbesprechungen	3 (27.3)	8 (72.7)	11
Patient-Reported Outcome Measures (PROMS)	1 (33.3)	2 (66.7)	3

3.4 Zielerreichung

Im Abgleich des Zielwertes mit dem erreichten Wert der insgesamt 693 evaluierten Ziele zeigte sich, dass 92.1% aller Zielwerte erreicht wurden (Tabelle 5). Tabelle 7 im Anhang zeigt das Ergebnis pro Ziel.

Tabelle 5: Zielerreichung über alle auswertbaren Ziele aller QVM aller Leistungserbringer

	erreicht n (%)	nicht erreicht n (%)	Total evaluierte Ziele n
Ziele	638 (92.1)	55 (7.9)	693

3.4.1 Grad der Zielerreichung

Die Tabelle 6 zeigt den Grad der Erreichung der Zielsetzung. Mehrheitlich wurden die Zielsetzungen erreicht (554, 79.9%). 82 (11.8%) Zielsetzungen wurden übertroffen, 43 (6.2%) Zielsetzungen wurde mittel verfehlt respektive nur teilweise erreicht und 14 (2.0%) Zielsetzungen wurden stark verfehlt respektive nicht erreicht. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muss beachtet werden, dass für die Variablentypen binär und nominal eine teilweise Erreichung nicht möglich war, wodurch diese Gruppe auswertungsbedingt per se kleiner ausfällt (siehe Erläuterungen Kapitel 2.2).

Tabelle 6: Grad der Zielerreichung aller auswertbaren Ziele aller QVM aller Leistungserbringer

	übertroffen n (%)	erreicht n (%)	teilweise erreicht/ mittel verfehlt n (%)	nicht erreicht/ stark verfehlt n (%)	Total evaluierte Zielsetzungen n
Ziele	82 (11.8)	554 (79.9)	43 (6.2)	14 (2.0)	693

3.5 Gründe für das Nicht-Erreichen der Zielsetzungen

Die kursorische Sichtung der Anmerkungen bei Nicht-Erreichung der Zielsetzungen über alle Ziele hinweg zeigte, dass personelle, organisatorische und technische Gründe häufig genannt wurden, weshalb die gesetzten Ziele nicht erreicht werden konnten. Beispielsweise wurden krankheitsbedingte Ausfälle, personelle Wechsel sowie unterschätzte zeitliche Ressourcen für die Konzeptarbeit oder Implementierung beschrieben. Zudem wurde beschrieben, dass die Art der Durchführung angepasst wurde. Diese Anpassungen führten zu weniger Durchführungen bzw. Umsetzungen, ermöglichten aber gleichzeitig eine grössere inhaltliche Reichweite pro Umsetzung. Weiter wurden Limitationen in der

Datenextraktion beschrieben, die dazu führten, dass die Werte nicht oder nicht in der benötigten Form vorlagen. Hier wurde ergänzend angemerkt, dass eine entsprechende Anpassung der technischen Möglichkeiten angestrebt wird. Selten wurde erwähnt, dass die Zielsetzung nicht korrekt erfasst wurde oder dass anstelle des Zielwertes der erreichte Wert erfasst wurde.

3.6 Vollständigkeit der Daten

Es lagen von allen Leistungserbringern vollständige Daten gemäss den Kriterien der Datensammlung für die Evaluation der Daten 2025 vor mit Ausnahme von nachfolgend erläuterten fünf Situationen. Eine systematische Überprüfung der Vollständigkeit der Zielsetzungen für 2026 bei Weiterführung einer QVM im Folgejahr fand nicht statt. Systembedingt konnte die Datenerfassung jedoch nur abgeschlossen werden, wenn diese entsprechende Zielwerte hinterlegt waren.

Bei fünf QVM bei fünf verschiedenen Leistungserbringern wurde deklariert, dass Gelder aus zurückbehaltenen Rabatten für eine QVM eingesetzt wurden, bei der ein Konzept bereits vorhanden war. Es lagen bei diesen QVM jedoch keine erreichten Werte vor. In allen fünf Situationen wurde angegeben, dass die QVM im nächsten Jahr fortgeführt wird und es wurde mindestens ein Zielwert für 2026 erfasst. Gemäss Rücksprache mit H+ lag in diesen fünf Situationen ein technisches Problem beim Erstellen des Auszugs aus der Datenbank vor, das dazu führte, dass die erreichten Werte zwar in der Datenbank vorhanden waren, jedoch nicht im Datenauszug. Das technische Problem wurde für die nächste Datenerfassungsrunde bereits behoben. Bei allen fünf Leistungserbringern lagen jedoch bei den anderen QVM, die mit Geldern aus Rabatten umgesetzt wurden und bei denen bereits ein Konzept vorhanden war, mindestens ein erreichter Wert pro QVM vor.

4 Fazit Verbesserung der Behandlungsqualität

Anhand der vorliegenden Daten kann davon ausgegangen werden, dass eine Verbesserung der Behandlungsqualität stattgefunden hat. Über 90% der selbstgesetzten Ziele konnten durch die Leistungserbringer erreicht werden. Im Rahmen der Evaluation fand jedoch keine inhaltliche Überprüfung der Evidenz und Wirksamkeit der einzelnen QVM statt und es wurde ebenfalls nicht geprüft, ob weitere oder andere standardisierte Ziele die Verbesserung der Behandlungsqualität differenzierter abbilden könnten. H+ führte für jede QVM ein standardisiertes zweistufiges Anerkennungsverfahren durch Fachexpert:innen und durch die Qualitätsvertragspartner durch. Alle QVM sind Bestandteil des Qualitätsvertrages nach Art. 58a KVG im Spitalbereich. Es kann entsprechend davon ausgegangen werden, dass die im Rahmen der Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe umsetzbaren QVM fundiert sind und einen realen Beitrag zur Verbesserung der Behandlungsqualität leisten können. Eine Mehrheit der standardisierten Ziele adressiert Struktur- teilweise auch Prozessindikatoren. Auch wenn eine Messung von Outcomeindikatoren wünschenswert wäre, erscheinen die standardisierten Ziele realistisch und robust messbar. Die definierten Ziele dürften wenig verzerrungsanfällig durch Faktoren sein, die die Leistungserbringer nur eingeschränkt beeinflussen können (z.B. Patient:innen-Mix). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass sich eine Umsetzung der QVM gemäss Vorgaben nachweislich positiv auf Outcomes und damit auf die durch Kund:innen bzw. Patient:innen erfahrene Behandlungsqualität auswirkt. Inwieweit sich die sachgemässe Umsetzung der QVM in der Praxis anhand der vorgegebenen standardisierten Zielkriterien ausreichend umfassend abbilden lässt, war nicht Bestandteil der vorliegenden Evaluation.

5 Empfehlungen

Bei der vorliegenden Evaluation konnten erstmalig über alle Leistungserbringer standardisierte Daten ausgewertet werden. Dies wurde durch die inhaltlich und technisch vollständig überarbeitete Datensammlung möglich. Mit dieser Überarbeitung wurden die Empfehlungen der Evaluationen der vergangenen Jahre zur Datengrundlage umgesetzt und damit die Datengrundlage deutlich verbessert. Statistische Auswertung aller Daten aller Leistungserbringer wurden möglich. Mit der neuen Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe wurden zudem geklärt, welche QVM im Rahmen der Vereinbarung umgesetzt werden können. Ebenfalls wurde der Zeitrahmen für die Evaluation insgesamt wie empfohlen angepasst.

Im Rahmen dieser ersten Auswertung der standardisierten Daten konnten Potentiale für die weitere Verbesserung der Datensammlung und Evaluation identifiziert werden. Daraus lassen sich nachfolgende Empfehlungen ableiten:

1. Datensammlung: es wird empfohlen, bei der Datensammlung zu den eingesetzten finanziellen Mitteln die Kommunikation und Systemlogiken zu überprüfen. Die vorliegenden Daten enthalten Hinweise, dass die Erfassung dieser Daten nicht durch alle Leistungserbringer korrekt vorgenommen werden konnte. Idealerweise wird mit Leistungserbringern, deren Daten auffällig waren, Kontakt aufgenommen, um die Verständlichkeit der Anleitung zu prüfen und ggf. zu verbessern. Bei den Systemlogiken könnte verankert werden, dass die Leistungserbringer automatisiert einen Hinweis eingeblendet erhalten, wenn der Anteil Gelder aus zurückbehaltenen Rabatten grösser ist als der Gesamtbetrag. Ebenfalls könnte geprüft werden, ob initial die gesamte Summe der Gelder aus Rabatten erfasst werden muss und anschliessend automatisiert überprüft wird, ob die summierten Angaben pro QVM diesem Wert entsprechen.
2. Datensammlung: um die Plausibilität der Daten zu fördern, wäre prüfenswert, ob pro Ziel ein Range für plausible Werte festgelegt werden kann. Da das Festlegen eines gesicherten Ranges aufgrund der Heterogenität kaum realisierbar ist, scheint es jedoch wenig sinnvoll, diese Ranges restriktiv einzuführen. Vielmehr könnte geprüft werden, ob das Datenerfassungssystem automatisiert einen Hinweis macht, wenn ein hinterlegter Range über-/unterschritten wird.
3. Datensammlung: Es wird empfohlen, sicherzustellen, dass die Datensammlung über die Jahre möglichst identisch verläuft. Ebenfalls sollten die Daten aus verschiedenen Evaluationsjahren auf Leistungserbringer- und QVM-Ebene verknüpfbar sein, damit dereinst allfällige Auswertungen über mehrere Jahre möglich werden (Entwicklung QVM und Zielsetzungen/Zielerreichung).
4. Evaluation: Es wird empfohlen, bei der nächsten Evaluation auch auszuwerten, inwiefern gemäss Selbstdeklaration die QVM gemäss Vorgaben umgesetzt wurden sowie kursorisch zu prüfen, was häufige Gründe sind, wieso von den Vorgaben abgewichen werden musste.
5. Evaluation: Es wird empfohlen, in folgenden Evaluationen zu prüfen, inwiefern die routiniertere Umsetzung von QVMs auch dazu führt, dass sich das Verhältnis von Leistungserbringern, umgesetzter QVM und auswertbarer Zielsetzungen verändert.

Weiter gilt es zu prüfen, wie sich die Anforderungen an die Vollständigkeit der Daten aus konzeptioneller Sicht im Verlaufe der Zeit verändern kann/soll. Bei gewissen QVM könnte allenfalls erwartet werden, dass die Leistungserbringer eine grössere Anzahl Ziele erreichen sollten, wenn die QVM über mehrere Jahre umgesetzt wird. Aktuell ist es zulässig, dass pro QVM nur ein Ziel adressiert wird. Inwiefern das Adressieren eines von mehreren Zielen eine vollständige Umsetzung der QVM, was aus konzeptioneller Sicht eine Voraussetzung für die Wirksamkeit der QVM sein dürfte, ausreichend abbilden vermag, ist zu prüfen. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den QVM fand durch die BFH, wie erwähnt, nicht statt. Aus Perspektive der Evaluation wäre zumindest zu erwarten, dass die Anzahl Ziele, die im Rahmen der Umsetzung einer QVM adressiert werden, tendenziell zunimmt. Eine Klärung, wie viele Ziele pro QVM ab welchem Umsetzungsjahr mindestens erfasst werden sollten, wird empfohlen.

5.1 Ausblick

Die Leistungserbringer mussten für die vorliegende Evaluation erstmals die Daten zu den umgesetzten QVM standardisiert erfassen. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese erstmalige Datenerfassung die Anforderungen an die Berichterstattung durch die Leistungserbringer zur Verbesserung der Behandlungsqualität im Rahmen der Vereinbarung zur teilweisen Rabattweitergabe weiter geklärt hat. Dadurch ist zu erwarten, dass sich die Datengrundlage sowohl qualitativ wie auch quantitativ für die nächste Evaluation verbessern wird. Die Leistungserbringer haben nun ein differenziertes Bild, welche Angaben in welcher Form von ihnen verlangt werden und können entsprechende Massnahmen ergreifen, die geforderten Daten liefern zu können. Die kursorische Sichtung der optionalen Kommentare zu den erfassten Daten weisen darauf hin, dass entsprechende Massnahmen bereits geplant oder in Umsetzung sind. Ebenfalls wird erwartet, dass in der nächsten Evaluation mehr Zielsetzungen ausgewertet werden können, da die gesetzten Ziele für das Jahr 2026 bereits im Rahmen der Berichterstattung für das Jahr 2025 deklariert werden mussten. Eine automatisierte Übertragung in die Datensammlung 2026 ist gemäss H+ bereits im Datenerfassungssystem umgesetzt. Die Aussagekraft der Ergebnisse dürfte sich entsprechend verbessern.

6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiel standardisierte Ziele QVM <i>Mitarbeitendenbefragung</i>	4
Tabelle 2: Übersicht Variablentypen mit standardisierten Antwortoptionen und Umkodierung	5
Tabelle 3: Übersicht Cut-offs der Dateninterpretation pro Variablentyp	6
Tabelle 4: Übersicht pro QVM zur Anzahl und Anteil Leistungserbringer mit vorhandenem Konzept respektive Konzept in Erarbeitung	9
Tabelle 5: Zielerreichung über alle auswertbaren Ziele aller QVM aller Leistungserbringer	10
Tabelle 6: Grad der Zielerreichung aller auswertbaren Ziele aller QVM aller Leistungserbringer	10
Tabelle 7: Zielerreichung pro Ziele pro QVM über alle Leistungserbringer	17

7 Anhang

7.1 Zielerreichung pro Ziel

Nachfolgende Tabelle 7 zeigt die Zielerreichung pro standardisiertes Ziel, für das mindestens von einem Leistungserbringer Angaben zu Zielwerten und erreichten Werten vorhanden waren. Die Spalte Total zeigt zudem die Anzahl Leistungserbringer, die beim entsprechenden Ziel sowohl einen Zielwert wie auch erreichten Wert deklariert hatten.

Tabelle 7: Zielerreichung pro Ziele pro QVM über alle Leistungserbringer

QVM	Ziel	Variablentyp	erreicht n (%)	nicht erreicht n (%)	Total Leistungserbringer n
Handlungsfeld Qualitätskultur					
Interaktives Lernen im Room of Horrors	Anzahl Durchführungen	Numerisch	19 (95.0)	1 (5.0)	20
	Anteil teilnehmende Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	10 (100.0)	0 (0.0)	10
Interprofessionelle Peer Reviews	Durchführung Peer Review	Binär	6 (100.0)	0 (0.0)	6
	Umsetzung Empfehlungen aus dem letzten Peer Review Bericht bis	Datum	1 (50.0)	1 (50.0)	2
	Anteil umgesetzter Empfehlungen	Prozent	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Klinische Simulation zur Patientensicherheit	Prozentualer Anteil Teilnahme des vorgesehenen klinischen Personals	Prozent	-	-	0
	Prozentualer Anteil der vorgesehenen Einheiten / Dienste, die am Simulationsprogramm beteiligt sind	Prozent	-	-	0
	Verhältnis zwischen identifizierten systemischen Schwachstellen und umgesetzten Verbesserungsmassnahmen	Prozent	-	-	0
	Prozentualer Anteil der Sitzungen mit abgeschlossenem strukturiertem Debriefing	Prozent	-	-	0
	Prozentualer Anteil der Teilnehmenden mit erhöhtem psychologischem Sicherheitsgefühl / Resilienz	Prozent	-	-	0
	Prozentualer Anteil der Teilnehmenden mit gesteigerter wahrgenommener Kompetenz	Prozent	-	-	0
	Anzahl identifizierter und behobener latenter Risiken	Numerisch	-	-	0
	Prozentualer Anteil an Facilitators mit Basisausbildung in Simulation	Prozent	-	-	0
	Prozentualer Anteil der geplanten vs. realisierten Sitzungen	Prozent	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Prozentualer Anteil der Facilitators (intern oder extern) mit regelmässiger Fortbildung (mind. jährlich)	Prozent	-	-	0
	Anzahl der Best Practices, die auf andere Bereiche übertragen werden	Numerisch	-	-	0
	Existenz einer aktiven interprofessionellen Interessengruppe	Binär	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Prozentualer Anteil der Selbstmeldungen in Bereich mit Simulation	Prozent	-	-	0
	Prozentualer Anteil der near misses in simulierten Bereichen	Prozent	-	-	0
	Anzahl individueller Teilnehmer pro Jahr	Numerisch	-	-	0

	Prozentualer Anteil der Szenarien basierend auf realen Ereignissen	Prozent	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	Periodizität geplanter MoMo einhalten	Binär	21 (100.0)	0 (0.0)	21
	Anzahl MoMo	Numerisch	14 (82.4)	3 (17.6)	17
	Kommunikation der Ergebnisse Zielgruppen-gerecht	Ordinal	13 (92.9)	1 (7.1)	14
	Massnahmenplan aufgrund der Ergebnisse erstellen bis	Datum	7 (100.0)	0 (0.0)	7
	Anteil umgesetzter Massnahmen	Prozent	3 (60.0)	2 (40.0)	5
Systematische Fehleranalyse auf Basis des Londonprotokolls	Anteil Durchführung Londonprotokoll in den verbindlichen Fällen	Prozent	5 (100.0)	0 (0.0)	5
	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	3 (75.0)	1 (25.0)	4
Qualitätszirkel	Periodizität geplanter Q-Zirkel einhalten	Ordinal	24 (100.0)	0 (0.0)	24
	Anzahl geplante Q-Zirkel	Numerisch	20 (95.2)	1 (4.8)	21
	Kommunikation der Ergebnisse Zielgruppen-gerecht	Ordinal	16 (100.0)	0 (0.0)	16
	Massnahmenplan aufgrund der Ergebnisse erstellen bis	Datum	9 (90.0)	1 (10.0)	10
	Anteil umgesetzter Massnahmen	Prozent	8 (88.9)	1 (11.1)	9
Mitarbeitendenbefragung	Durchführung Mitarbeiterbefragung	Binär	25 (96.2)	1 (3.8)	26
	Mitarbeiterzufriedenheit	Numerisch	7 (87.5)	1 (12.5)	8
	Kommunikation der Ergebnisse Zielgruppen-gerecht	Ordinal	18 (100.0)	0 (0.0)	18
	Massnahmenplan aufgrund der Ergebnisse erstellt bis	Datum	10 (100.0)	0 (0.0)	10
	Anteil umgesetzter Massnahmen	Prozent	6 (60.0)	4 (40.0)	10
Interprofessionelle Zusammenarbeit mit TeamSTEPPS	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf die Zielgruppe	Prozent	2 (100.0)	0 (0.0)	2
	Anzahl Coaches pro Fachkräfte	Numerisch	2 (100.0)	0 (0.0)	2
Förderung der «Speak-up» Kultur	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	-	-	0
	Nächste Befragung	Datum	-	-	0
	Massnahmen aus Befragung abgeleitet	Binär	-	-	0
	Anteil umgesetzter Massnahmen in Bezug auf Gesamtanzahl Massnahmen	Prozent	-	-	0
	Kommunikation an Zielgruppen erfolgt	Binär	-	-	0

Handlungsfeld Patientensicherheit					
Checkliste sichere Chirurgie	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	9 (90.0)	1 (10.0)	10
	Anteil OP, bei welchen CL vollständig angewendet wird	Prozent	12 (63.2)	7 (36.8)	19
Dekubitusprävention FHV	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	15 (93.8)	1 (6.2)	16
	Anteil Patient:innen mit Screening in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	13 (86.7)	2 (13.3)	15
	Anteil Patient:innen mit errechnetem Braden-Score	Prozent	13 (100.0)	0 (0.0)	13
	Anteil Patient:innen mit erhöhtem Risiko, welche Präventionsmassnahmen erhalten	Prozent	13 (100.0)	0 (0.0)	13
	Rückmeldungen an Zielgruppe zu den Indikatoren (bspw. Anzahl und Grad der Dekubiti) - Option	Nominal	11 (84.6)	2 (15.4)	13
	Rückmeldungen an Zielgruppe zu den Indikatoren (bspw. Anzahl und Grad der Dekubiti) - Anzahl*	Numerisch	2 (100.0)	0 (0.0)	2
Prävention von akuter Verwirrtheit	Anteil Patient:innen innerhalb der Zielgruppe mit Screening	Prozent	16 (84.2)	3 (15.8)	19
	Anteil Patient:innen mit erhöhtem Risiko, welche Präventionsmassnahmen erhalten	Prozent	7 (87.5)	1 (12.5)	8
	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	10 (100.0)	0 (0.0)	10
Freiheitsbeschränkende Massnahmen	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	3 (100.0)	0 (0.0)	3
	Digitale Erfassung und systematische Auswertung	Ordinal	5 (83.3)	1 (16.7)	6
	Rückmeldungen zur Anzahl FM an Mitarbeitenden	Numerisch	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Intraoperative Adverse Events nach ClassIntra	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	0 (0.0)	1 (100.0)	1
	Anteil chirurgischer Eingriffe bei denen ClassIntra® angewendet wird in Bezug auf die definierten Fachbereiche	Prozent	1 (50.0)	1 (50.0)	2
Management der Mangelernährung	Anteil Patient:innen mit NRS Screening innerhalb der Zielgruppe	Prozent	4 (80.0)	1 (20.0)	5
	Ernährungskommission - Option	Nominal	9 (100.0)	0 (0.0)	9
	Ernährungskommission - Datum*	Datum	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Modul CAUTI Intervention (Catheter-associated urinary tract infections)	Infektraten	Numerisch	2 (100.0)	0 (0.0)	2
	Katheternutzungsraten (V1)	Prozent	4 (100.0)	0 (0.0)	4
	Katheternutzungsraten (V2)	Numerisch	3 (75.0)	1 (25.0)	4

Patient Blood Management	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	2 (100.0)	0 (0.0)	2
	Transfusionsrate in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Feedbackrunden zur Diskussion des Monitorings - Option	Nominal	4 (100.0)	0 (0.0)	4
	Feedbackrunden zur Diskussion des Monitorings - Anzahl*	Numerisch	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Strukturelle Mindestanforderungen zur HAI Prävention	Erfüllungsgrad Selbstevaluation	Prozent	12 (80.0)	3 (20.0)	15
Surgical Site Infections (SSI) Interventionsmodul	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	6 (100.0)	0 (0.0)	6
	Erfasste Anzahl Operationen im CCM-SSI (Clean Care Monitoring App)	Numerisch	4 (100.0)	0 (0.0)	4
Sturzprävention	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	17 (89.5)	2 (10.5)	19
	Anteil Patient:innen mit Risikoeinschätzung in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	16 (94.1)	1 (5.9)	17
	Anteil ausgewerteter Sturzprotokolle	Prozent	19 (95.0)	1 (5.0)	20
Medication Review	Strukturierte Auswertungen	Numerisch	5 (71.4)	2 (28.6)	7
	Massnahmenplan aufgrund der strukturierten Auswertungen erstellt bis	Datum	2 (100.0)	0 (0.0)	2
	Anteil umgesetzter Massnahmen	Prozent	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Sepsis	Anteil Zielbereiche, in welchen das Rahmenkonzept eingeführt ist	Prozent	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	System zur Datenerhebung eingeführt - Option	Nominal	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	System zur Datenerhebung eingeführt - Datum*	Nominal	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Anzahl interne Audits zu den definierten KPIs	Numerisch	-	-	0
	Anteil geschulter Mitarbeitende in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	-	-	0
	Kodierte / identifizierte Sepsisrate	Prozent	-	-	0
	Mortalitätsrate nach Sepsis während des Spitalaufenthalts	Prozent	-	-	0
	Mortalitätsrate nach Spitalaustritt	Prozent	-	-	0
Frühzeitige Mobilisierung	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	-	-	0
	Anteil Patient:innen mit Mobilitätsscreening in Bezug auf Zielgruppe innerhalb von 24h	Prozent	-	-	0
	Anteil Patient:innen mit dokumentiertem Mobilisierungsprogramm in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	1 (100.0)	0 (0.0)	1

Antimicrobial Stewardship Programm (ASP)	Spitalübergreifendes interdisziplinären Antimicrobial-Stewardship-Team zur Entwicklung und Umsetzungssteuerung eines ASP - Option	Nominal	8 (100.0)	0 (0.0)	8
	Spitalübergreifendes interdisziplinären Antimicrobial-Stewardship-Team zur Entwicklung und Umsetzungssteuerung eines ASP - Datum*	Datum	3 (100.0)	0 (0.0)	3
	Rückmeldungen zum Monitoring Antibiotikaverlauf - Option	Nominal	4 (100.0)	0 (0.0)	4
	Rückmeldungen zum Monitoring Antibiotikaverlauf - Anzahl*	Numerisch	3 (100.0)	0 (0.0)	3
	Interne Rückmeldungen zum Monitoring von Resistenzen an Zielgruppe - Option	Nominal	3 (100.0)	0 (0.0)	3
	Interne Rückmeldungen zum Monitoring von Resistenzen an Zielgruppe - Anzahl*	Numerisch	2 (100.0)	0 (0.0)	2
	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	2 (100.0)	0 (0.0)	2
	Durchführung Verschreibungsaudits	Numerisch	2 (100.0)	0 (0.0)	2
Selbstmanagementförderung bei Krebs	Anteil Patient:innen in Bezug auf die definierte Zielgruppe mit dokumentiertem Edukationsgespräch	Prozent	-	-	0
	Anteil Patient:innen in Bezug auf die definierte Zielgruppe mit dokumentierter Symptomeinschätzung der Patient:innen bei Therapiegabe / Konsultation	Prozent	-	-	0
	Anteil Patient:innen in Bezug auf die definierte Zielgruppe mit Login für Patientendossier	Prozent	-	-	0
	Jährliche Evaluation durch das Symptom Navi Programm (SNP) Komitee	Datum	-	-	0
	Anteil umgesetzter Anpassungen, die aufgrund der jährlichen Evaluation beschlossen wurden	Prozent	-	-	0
Strukturierte Patientenübergabe	Anteil Bereiche, in welchen unterstützende Materialien (z. B. Checklisten, Poster) vorhanden sind in Bezug auf Zielbereiche	Prozent	-	-	0
	Existenz einer inter-professionellen Projekt- oder Steuergruppe – Option	Binär	-	-	0
	Existenz einer inter-professionellen Projekt- oder Steuergruppe – Datum*	Datum	-	-	0
	Anteil der Übergaben, die mit einem strukturierten Instrument durchgeführt wurden (z.B. SBAR, I-PASS) in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	-	-	0
	Anteil des geschulten Personals in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	-	-	0
	(Anteil der Einheiten, die in die Implementierung einbezogen sind	Prozent	-	-	0
	Reduktion von Kommunikationsfehlern (bspw. gemessen anhand von CIRS Meldungen oder Fehlerberichten)	Prozent	-	-	0
	Anteil der Mitarbeitenden, die sich sicherer fühlen bei Übergaben (zu ermitteln anhand Fragebogen, wie bspw. Team STEPPS, Edmondson-Skala)	Prozent	-	-	0

	Vermeidung von übergabebedingten unerwünschten Ereignissen (anhand bspw. von Sentinelberichten / Risikoanalyse)	Binär	-	-	0
Suizidprävention nach Suizidversuch mittel Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)	Anteil Patient:innen innerhalb der Zielgruppe, bei welchen ASSIP initiiert wurde				
		Prozent	-	-	0
Supervision in der Psychiatrie	Anteil Behandelnde mit Zugang zu Supervision	Prozent	-	-	0
	Anzahl durchgeführter Supervisionen	Numerisch	-	-	0
	Anteil Supervisor:innen mit fachlicher Eignung und Qualifikation gemäss Anforderungen in Bezug auf alle Supervisor:innen	Prozent	-	-	0
	Teilnehmerrate an Supervision (Anteil der Mitarbeitenden mit Indikation, die im Kalenderjahr an mindestens einer Supervision teilgenommen haben)	Prozent	-	-	0
Systematische Suizidprävention	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	-	-	0
	Anteil Patient:innen mit Suizidalitätsabklärung innerhalb der Zielgruppe	Prozent	-	-	0
	Anteil evaluierter Suizide (-versuche)	Prozent	-	-	0
Handlungsfeld Patientenzentriertheit					
Patientenbefragung	Patientenbefragung geplant	Binär	28 (100.0)	0 (0.0)	28
	Zu erreichende Patientenzufriedenheit in der nächsten Befragung	Numerisch	20 (95.2)	1 (4.8)	21
	Kommunikation der Ergebnisse Zielgruppen-gerecht	Ordinal	19 (100.0)	0 (0.0)	19
	Massnahmenplan aufgrund der Ergebnisse erstellen bis	Datum	9 (81.8)	2 (18.2)	11
	Anteil umgesetzter Massnahmen	Prozent	9 (81.8)	2 (18.2)	11
Fallbesprechung im Reflecting Team	Anteil Patient:innen mit Reflexionsgesprächen in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	-	-	0
	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	-	-	0
	Anteil Behandlungsfälle, bei denen mindestens drei unterschiedliche Fachdisziplinen beteiligt waren	Prozent	-	-	0
	Anteil Behandlungsfälle mit einer koordinierten Interventionsplanung über Disziplinen hinweg	Prozent	-	-	0
	Feedback durch die beteiligten Mitarbeitenden eingeholt	Binär	-	-	0
	Anonyme Feedbackmöglichkeit für Patient:innen	Ordinal	-	-	0

	Anteil besprochener und präsentierter Verbesserungsmassnahmen in Bezug auf Gesamtanzahl identifizierter Verbesserungsmassnahmen	Prozent	-	-	0
Aktiver Einbezug von Angehörigen in der Psychiatrie	Nächste Aktualisierung Informationsmaterial für Angehörige	Datum	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Anteil dokumentierter und aktualisierter Kontaktdaten der Angehörigen	Prozent	-	-	0
Selbsthilfefreundlichkeit im Spital	Selbstevaluationsgespräch	Datum	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Massnahmenplan aufgrund des Selbstevaluations-gesprächs liegt vor	Datum	-	-	0
Strukturen ethischer Entscheidungsfindung	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	-	-	0
	Begleitgremium hält den definierten Sitzungsrhythmus ein	Binär	2 (100.0)	0 (0.0)	2
	Anzahl durchgeführte Fallbesprechungen	Numerisch	1 (50.0)	1 (50.0)	2
	Anzahl identifizierter Massnahmen zur weiteren Förderung der ethischen Fallbesprechungen	Numerisch	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Anteil umgesetzter Massnahmen zur weiteren Förderung der ethischen Fallbesprechungen	Prozent	-	-	0
	Aktualisierung der Richtlinie Ethik	Datum	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Beschwerdemanagement	Die verantwortliche Person hat eine entsprechende Ausbildung	Ordinal	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Periodizität der Rückmeldungen	Numerisch	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Anteil bearbeiteter Beschwerdemeldungen in Bezug auf Gesamtanzahl registrierter Beschwerden	Prozent	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Anteil umgesetzter Massnahmen in Bezug zur Gesamtzahl identifizierter möglicher Massnahmen	Prozent	-	-	0
Case Management	Zeitraum vom medizinisch möglichen Austrittszeitpunkt und dem effektiven Austrittszeitpunkt (Layover)	Numerisch	-	-	0
	Anzahl ungeplanter Wiedereintritte	Numerisch	-	-	0
	Anzahl Case Manager im Verhältnis zu Fallzahlen	Numerisch	-	-	0
	Anteil Patient:innen der Zielgruppe mit Begleitung durch Case Management	Prozent	-	-	0
Patient Reported Outcome Measures (PROMs)	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	-	-	0
	Zugänglichkeit der Daten für Fachpersonen gewährleistet (bspw. im Klinikinformationssystem)	Binär	-	-	0
	Erfassungsquote der PROMs initial	Prozent	-	-	0
	Erfassungsquote der PROMs Follow-up	Prozent	-	-	0
	Anteil vollständig ausgefüllter Fragebogen	Prozent	-	-	0

	Anteil PROMs, die in den Entscheidungsprozess einfließen	Prozent	-	-	0
	Reduktion von ungeplanten Rehospitalisierungen	Prozent	-	-	0
	Reduktion von Komplikationen	Prozent	-	-	0
	Massnahmen zur allgemeinen Verbesserung von Prozessen im Behandlungspfad abgeleitet	Binär	-	-	0
	Anteil umgesetzter Massnahmen zur allgemeinen Verbesserung von Prozessen im Behandlungspfad abgeleitet	Prozent	-	-	0
Handlungsfeld Evidenzbasierte Entscheidungsfindung					
Strukturierte Fallbesprechungen	Fallbesprechungen	Numerisch	6 (100.0)	0 (0.0)	6
	Kommunikation an Zielgruppe erfolgt	Ordinal	7 (100.0)	0 (0.0)	7
Patient-Reported Outcome Measures (PROMS)	Anteil geschulter Mitarbeitenden in Bezug auf Zielgruppe	Prozent	-	-	0
	Zugänglichkeit der Daten für Fachpersonen gewährleistet (bspw. im Klinikinformationssystem)	Binär	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Erfassungsquote der PROMs initial	Prozent	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Erfassungsquote der PROMs Follow-up	Prozent	-	-	0
	Anteil vollständig ausgefüllter Fragebogen	Prozent	-	-	0
	Anteil PROMs, die in den Entscheidungsprozess einfließen	Prozent	-	-	0
	Reduktion von ungeplanten Rehospitalisierungen	Prozent	-	-	0
	Reduktion von Komplikationen	Prozent	-	-	0
	Massnahmen zur allgemeinen Verbesserung von Prozessen im Behandlungspfad abgeleitet	Binär	-	-	0
	Anteil umgesetzter Massnahmen zur allgemeinen Verbesserung von Prozessen im Behandlungspfad abgeleitet	Prozent	-	-	0
* = dieses Ziel war nur durch jene Leistungserbringer ausfüllbar, die beim vorherigen Ziel die Antwortoption «Anzahl»/ «im Aufbau bis» angaben					

