

## Kriterienkatalog SLH

## Version 2021

Nr.	Kriterium	Bemerkung	Erfüllungskriterium Ja/Nein	Entwicklungskriterium	bisheriges Kriterium neu formuliert	neues Kriterium
<b>1</b>	<b>Zufriedenheit und Ergebnisse (Anzahl Kriterien: 7)</b>					
1.1	Der Kandidat misst in einer fortlaufenden Erhebung die Patientenzufriedenheit mit einem extern validierten, benchmarkfähigen Instrument.	Explizit nicht ANQ-Messung	<b>X</b>		<b>X</b>	
1.2	Der Kandidat erhebt regelmässig (mind. alle drei Jahre) die Zufriedenheit der relevanten Zielgruppen (z.B. Belegärzte, Chefärzte, Zuweiser, etc.) mit einem geeigneten Instrument (z.B. strukturierte Interviews, Fokusgruppen, schriftliche Befragung, etc.).	Die Form der Erhebung kann ziemlich frei interpretiert werden.	<b>X</b>			
1.3	Der Kandidat misst regelmässig (mind. alle 3 Jahre) die Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit einem extern validierten, benchmarkfähigen und geeigneten Instrument.		<b>X</b>		<b>X</b>	
1.4	Der Kandidat hat ein Verfahren zur Behandlung von Anfragen und Beschwerden definiert und wendet es an.		<b>X</b>			
1.5.1	Die am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen befassen sich mit Indikationsqualität.			<b>X</b>		<b>X</b>
1.5.2	Die am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen befassen sich mit Outcome-/Ergebnisqualität.			<b>X</b>		<b>X</b>
1.6	Der Kandidat verfügt zum Zeitpunkt des SLH-Assessments über eine gültige Qualifikation (ISO 9001/EFQM R4E) im Sinne der Basiskriterien.		<b>X</b>		<b>X</b>	
1.7	Zu jedem Verbesserungspotential oder zu jeder Nonkonformitätsmeldung aus Audits sind eine Bewertung und ggf. eine Terminierung und Zuständigkeit aufgeführt.		<b>X</b>			

<b>2 Fachkompetenz (Anzahl Kriterien: 7)</b>						
2.1	Ein Mitglied des Ärztekollegiums ist namentlich als Ansprechperson für Qualitätsfragen definiert und auskunftsbereit.		X			
2.2	Das Akkreditierungsverfahren (neue Akkreditierung und De-Akkreditierung) für Belegärzte und angestellte Ärzte in leitender Funktion sowie die Anstellungsbedingungen und das Anstellungsverfahren von Ärzten und Psychologen sind definiert und werden konsequent angewendet.		X		X	
2.3	Die Fachpersonen gem. 2.2 vorstehend verfügen über einen in der Schweiz anerkannten Abschluss im angesprochenen Fachgebiet.		X			
2.4	Die klinikinterne Fortbildung wird durch ausgewählte Fachpersonen gewährleistet.	Kriterium vorher unter 2.1.07	X			
2.5	Ärzte und Psychologen, welche noch in einer anerkannten Fachausbildung stehen, werden durch Fachärzte und Fachpsychologen angeleitet, wobei die Klinik über eine entsprechende offizielle Ausbildungsanerkennung zu verfügen hat.		X			
2.6	Die Klinik fördert Forschungsprojekte und Innovationen.			X		X
2.7	Die Klinik definiert Situationen, in denen Zweit-Meinungs-Verfahren sinnvoll sind und wendet diese an / befasst sich damit.			X		X

3	Medizin und Pflege (Anzahl Kriterien: 16)					
3.1	Die Betreuung erfolgt vernetzt. Interdisziplinäres und interprofessionelles Arbeiten wird gefördert.			X	X	
3.2	Die Klinik verfügt über Behandlungskonzepte und -richtlinien für ihre medizinischen Schwerpunkte.			X		X
3.3	Die definierten Behandlungs- und Pflegegerichtlinien werden regelmässig aktualisiert und geschult.		X			
3.4	Bei der Behandlungsplanung werden die individuellen Patientenbedürfnisse explizit berücksichtigt.	Leistungsdifferenzierung HP/P		X		X
3.5	Beim Eintritt eines Patienten finden medizinische Assessments statt.	Differenziert nach Reha- und Psychiatrie und Akutsomatik	X			
3.6	Im Eintrittsprozess ist die Kommunikation mit den vorgelagerten Stellen (z.B. Zuweisern) geregelt und dokumentiert.	Vollständiger und zeitnaher Informationsfluss ist gewährleistet.		X	X	
3.7	Im Austrittsprozess ist die Kommunikation mit den nachgelagerten Stellen geregelt und dokumentiert.	Vollständiger und zeitnaher Informationsfluss ist gewährleistet.		X	X	
3.8	Der Patient wird zeitnah und transparent über Behandlungsplanung und -prozess informiert und einbezogen.		X		X	
3.9	Angehörige und das weitere Umfeld (Lebenspartner, Bezugspersonen, Spitex, Arbeitgeber) werden gegebenenfalls angemessen in den Informationsprozess gemäss Ziffer 3.8 einbezogen.		X			X
3.10	Therapieziele Rehabilitation und Psychiatrie werden interdisziplinär mit Einbezug des Patienten erarbeitet, überprüft und gegebenenfalls modifiziert.	Nur Reha und Psychiatrie	X			
3.11	Die Klinik verfügt über ein medizinisches Notfallkonzept.	Med. Sondersituationen, Hygiene, MRSA, Infektiöse Krankheiten, Pandemie	X		X	
3.12	Die verantwortlichen Ärzte/Psychologen sind jederzeit erreichbar. Ein medizinischer Notfalldienst ist geregelt.		X		X	

3.13	Die Stellvertretung für medizinische Fachpersonen (Arzt, Pflegefachperson, Psychologe, Therapeut etc.) ist geregelt.		X			
3.14	Alle Eingriffe und Behandlungen, die den Patienten betreffen, sind elektronisch dokumentiert. Es ist stets sichergestellt, dass alle vorhandenen Patientendaten jederzeit elektronisch verfügbar sind.			X	X	
3.15	Die Klinik verfügt über ein Ernährungskonzept mit unterschiedlichen Kostformen.		X			X
3.16	Ein OP-Reglement ist definiert (Abläufe, Betriebszeiten, Pikettregelung etc.) und umgesetzt.	Nur für Akutsomatik	X			

<b>4</b>	<b>Hotellerie (Anzahl Kriterien: 2) – Auswahl der Kriterien durch Kliniken -80% müssen erfüllt sein</b>					
4.1	Die Klinik verpflichtet sich einen hohen Hotellerie-Standard zu erfüllen. Der Standard wird anhand der Hotellerieliste SLH überprüft und wird zu 80% erfüllt.	Separate SLH Hotellerieliste		X		
4.2	Die Klinik differenziert ihre Hotellerieleistungen nach Versicherungsklassen und kommuniziert diese gegenüber ihren Anspruchsgruppen.		X			

5	Patientensicherheit (Anzahl Kriterien: 6)					
5.1	Die Privatsphäre des Patienten wird mit verschiedenen Massnahmen geschützt.			<b>X</b>		<b>X</b>
5.2	Eine Patientenverfügung wird bei Eintritt systematisch erfragt und dokumentiert.	Nur für Akutsomatik	<b>X</b>			<b>X</b>
5.3	Massnahmen zur korrekten Patientenidentifikation sind beschrieben und umgesetzt.	Nur für Akutsomatik		<b>X</b>	<b>X</b>	
5.4	Die Klinik verfügt über ein Incidence-/Zwischenfall/Komplikationsmanagement mit definierten Abläufen und Verantwortlichkeiten.	CIRS als Minimalanforderung		<b>X</b>		<b>X</b>
5.5	Eine unternehmensweite Fehlerkultur ist nachvollziehbar umgesetzt. Die Klinik setzt mehrere Massnahmen bzw. Methoden und Techniken zur Ursachenfindung und -behebung von Fehlern und zur Teamentwicklung ein.			<b>X</b>	<b>X</b>	
5.6	Bei allen OPs werden Massnahmen zur Gewährleistung der Patientensicherheit unter Einhaltung der Vorgaben der Fachgesellschaften (z.B. Checklisten Chirurgie, Swissmedic) umgesetzt.	Nur für Akutsomatik	<b>X</b>			<b>X</b>

Spez	Verbandskriterien (Anzahl Kriterien: 10)					
6.1	Die SLH-Tafel und das SLH-Zertifikat sind gut sichtbar im öffentlichen Bereich aufgehängt.		<b>X</b>			
6.2	Das CI/CD-Konzept des Verbandes wird eingehalten. Insbesondere weisen alle öffentlich zugänglichen Publikationen und Inserate (konventionell und elektronisch) das SLH-Qualitätslabel auf.		<b>X</b>			
6.3	An jeder Mitgliederversammlung SLH nimmt ein Vertreter aus der Klinikleitung teil.		<b>X</b>			
6.4	Leitende Mitarbeitende der Klinik sind über die relevanten Beschlüsse der Mitgliederversammlungen SLH zeitnah informiert.		<b>X</b>			
6.5	Beschlüsse der Mitgliederversammlung SLH werden umgesetzt.		<b>X</b>			
6.6	Alle Mitarbeitenden, Belegärzte, Zuweiser und Versicherer sind über die Mitgliedschaft bei SLH und deren Qualitätskonzept informiert.		<b>X</b>		<b>X</b>	
6.7	Es besteht ein Informations- und Kommunikationskonzept, welches die Werte und Ziele von SLH berücksichtigt.		<b>X</b>		<b>X</b>	
6.8	Das Informations- und Kommunikationskonzept ist in der Praxis nachweislich umgesetzt und wirksam.		<b>X</b>			
6.9	Das Informations- und Kommunikationskonzept kommt für alle relevanten Stakeholder zur Anwendung, sowohl intern (Personal, Belegärzte) als auch extern (Patienten, Zuweiser, Kantone, Versicherer, Öffentlichkeit / Medien)			<b>X</b>	<b>X</b>	
6.10	Eine Exzellenz-Qualitätspolitik oder -vision ist definiert.	Normative Aussagen zu Qualität z.B. in einem Leitbild, in Führungsgrundsätzen, publiziert auf der Homepage oder in Firmenbroschüren etc.	<b>X</b>			