

Selbstbewertungsinstrument für die Implementierung der 2020 Standards für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen

Deutsche Übersetzung durch Dr Oliver Groene/ Deutsches Netz Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (DNGfK)



International Network of Health Promoting Hospitals and **Health Services**

Die Geschäftsstelle des Internationalen HPH Netzwerks wird durch die OptiMedis AG betrieben:

Burchardstrasse 17
20095 Hamburg
Germany
Telefon: +49 40 22621149-0
Fax: +49 40 22621149-14
E-mail: info@hphnet.org

© International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services 2021

Das International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services regt Initiativen an, dieses Dokument ganz oder teilweise zu übersetzen oder zu vervielfältigen. Bitte holen Sie die formelle Genehmigung beim Internationalen HPH-Sekretariat ein.

Empfohlene Zitierweise: International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. Self-Assessment Tool for implementing the 2020 Standards for Health Promoting Hospitals and Health Services, Version 1.1. Hamburg, Germany: International HPH Network; November 2021*.

^{*} Übersetzung ins Deutsche von Dr Oliver Gröne

Danksagung

HPH-Netzwerke, Koordinatoren, Vorstandsmitglieder und Task Force-/Arbeitsgruppenleiter aus 11 Netzwerken leisteten wertvolle Beiträge zur Entwicklung diese Selbstbewertungsinstrumentes.

Wir möchten den folgenden Experten und HPH-Netzwerken für die Weitergabe ihres Fachwissens und ihrer Erfahrungen danken: Dr. Cristina Aguzzoli (HPH-Netzwerk Friaul-Julisch Venetien, Italien); Dr. Mohamad Ali Seif-Rabiee MD (Iran); Dr. Francois Alla (Frankreich); das tschechische HPH-Netzwerk; Dr. Susan Frampton (USA); Dipl. Med Olaf Haberecht und Marit Derenthal (deutsches HPH-Netzwerk); Prof. Margareta Kristenson und Dr. Ralph Harlid MD PhD (schwedisches HPH-Netzwerk); Dr. Ming-Nan Lin (taiwanesisches HPH-Netzwerk); Birgit Metzler und Prof. Jürgen Pelikan (österreichisches HPH-Netzwerk); Dr. Ilaria Simonelli (HPH-Netzwerk Trentino, Italien); und Prof. Dr. hab. n. med Bożena Walewska-Zielecka (polnisches HPH-Netzwerk).

Wir möchten außerdem Dr. Janika Bloemeke, Nina-Sofie Krah, Maria Muenzel und Paula Zietzsch (OptiMedis) für ihre fachliche Beratung bei der Formulierung und Überarbeitung der messbaren Elemente der Standards danken.

Der Konsultationsprozess zur Definition der messbaren Elemente für die 2020 Standards für gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen sowie die Erstellung dieses Dokuments wurden von Dr. Oliver Groene und Keriin Katsaros vom Internationalen HPH-Sekretariat geleitet.



Inhalt

Ziel des Selbstbewertungsinstruments	1
Der Fokus auf Gesundheitsorientierung und Gesundheitsergebnisse	2
Der Entwicklungsprozess des Selbstbewertungsinstruments	3
Wie kann das Selbstbewertungsinstrument eingesetzt werden?	4
Struktur des Selbstbewertungsinstruments	9
Standard 1: Oganisatorisches Engagement für HPH unter Beweis stellen	10
Standard 2: Niedrigschwelliger Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen	16
Standard 3: Personenzentrierte Gesundheitsversorgung und Einbeziehung der Nutzer	22
Standard 4: Schaffung eines gesunden Arbeitsplatzes und ein gesundes Arbeitsumfeldes	35
Standard 5: Förderung der Gesundheit in der Gesellschaft	41
References	50

Ziel des Selbstbewertungsinstruments

Dieses Dokument enthält Selbstbewertungsformulare für die 2020-Standards für gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, die die Standards operationalisieren und konkrete messbare Elemente liefern, anhand derer der Implementierungsgrad bewertet werden kann.

Der Hauptzweck des Dokuments besteht darin, ein Instrument bereitzustellen, das Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen dabei unterstützen kann

- > Strategien zur Gesundheitsförderung zu bewerten und zu implementieren.
- > Prozesse der kontinuierlichen internen Verbesserung anzuregen.
- die Neuausrichtung der Strategie der Organisation zu fördern, um die übergreifenden Herausforderungen des Gesundheitssystems besser zu bewältigen und die Organisation in ein gesundheitsförderndes Umfeld (Setting) zu verwandeln.

Organisationen, insbesondere die des internationalen HPH-Netzwerks, werden nachdrücklich aufgefordert, das Selbstbewertungsinstrument zu nutzen.

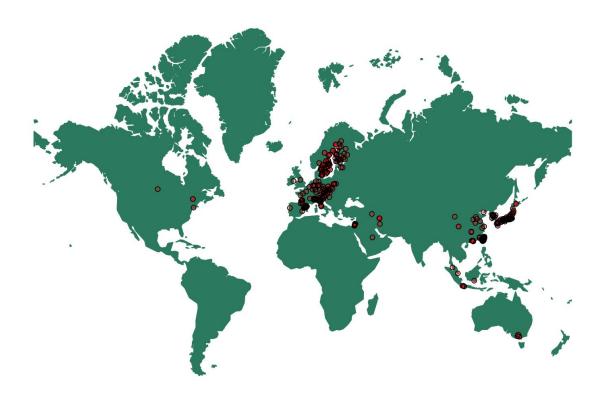
Da die Standards als öffentlich zugänglich gelten, ermutigen wir außerdem Qualitätsverbesserungsagenturen und Akkreditierungsstellen, die Standards für gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen in ihre Verfahren zu integrieren.



Der Fokus auf Gesundheitsorientierung und Gesundheitsergebnisse

"Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (HPH) richten ihre Führungsmodelle, Strukturen, Prozesse und Kultur so aus, dass sie den Gesundheitsgewinn für Patienten, Mitarbeiter und die versorgte Bevölkerung optimieren und nachhaltige Gesellschaften unterstützen." (1)

Das Internationale Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (HPH) wurde auf der Grundlage des Setting-Ansatzes und der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gegründet (2). Initiiert durch die WHO ist daraus ein internationales Netz von nationalen und subnationalen Netzwerken zur Umsetzung dieses Konzeptes entstanden (3). Der systemübergreifende Ansatz von HPH führt mehrere gesundheitspolitische Reformen zusammen: Patienten-Verbraucherrechte, medizinische Grundversorgung, Qualitätsverbesserung, umweltverträgliche ("grüne") Gesundheitsversorgung und gesundheitsbewusste Organisationen. Die Organisationsentwicklungsstrategie der HPH beinhaltet eine Neuausrichtung von Führung, Personal, Strukturen, Kultur und Beziehungen auf den Gesundheitsgewinn von Patienten. Mitarbeitern und Bevölkerungsgruppen im Einzugsgebiet der Einrichtung. Im Jahr 2021 besteht das internationale HPH-Netzwerk aus mehr als 600 Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen aus 33 Ländern (Abbildung 1).



Der Entwicklungsprozess des Selbstbewertungsinstruments

Das ursprüngliche Handbuch und die Selbstbewertungsformulare für die Umsetzung der Gesundheitsförderung in Krankenhäusern, die von der WHO im Jahr 2006 erstellt wurden, wurden in Anlehnung an die im ALPHA-Programm von ISQua vorgeschlagenen Schritte entwickelt, die auf einer kritischen Bewertung der verfügbaren Literatur und Evidenz, dem Entwurf und der Erprobung von Standards sowie deren Umsetzung beruhen (4, 5). Diesem Prozess folgten auch verschiedene HPH-Taskforces und Arbeitsgruppen, die anschließend themenspezifische Standards entwickelten.

Die HPH-Generalversammlung forderte 2019, dass alle Standards in einen übergreifenden Standardsatz integriert werden, der den Umfang der Vision des HPH-Konzepts und der Mitglieder repräsentiert. Diese Arbeit sollte auf einer von Dr. Chiarenza durchgeführten Analyse aufbauen, die aus einer umfassenden Zuordnungsarbeit bestand, bei der Unterschiede und Gemeinsamkeiten in Bezug auf wichtige Bereiche in sieben von der HPH-Taskforce und den Arbeitsgruppen entwickelten Standardsätzen ermittelt wurden. Auf der Grundlage dieser Analyse wurden sieben Bereiche und zugehörige Unterbereiche für eine Reihe von übergeordneten Standards (6) ermittelt.

Anfang 2020 wurde eine Arbeitsgruppe unter der Leitung des Internationalen HPH-Sekretariats eingerichtet, um auf dieser Analyse aufzubauen und eine zweistufige Delphi-Studie zu organisieren, um sie weiter zu verfeinern. Ziel der Delphi-Studie war es, die Standards im Hinblick auf die RUMBA-Prinzipien (Relevant, Verständlich, Messbar, Verhaltensorientiert und Umsetzbar) zu bewerten.

In einem ersten Schritt wurden im Rahmen der Delphi-Studie Einschätzungen zu Verständnis, Umfang und Bedeutung der übergreifenden Standards, Definitionen und Teilstandards erhoben. Es wurde eine Bewertung der Klarheit der Formulierung und der Priorität der Standards und ihrer Substandards vorgenommen. Ein Expertengremium, bestehend aus dem HPH-Governance-Board, den ständigen Beobachtern, den nationalen und regionalen Koordinatoren sowie den Leitern der HPH-Taskforces und - Arbeitsgruppen, wurde zur Teilnahme eingeladen.

In der zweiten Delphi-Befragungsrunde wurden alle in den definierten Dimensionen und Substandards enthaltenen Standards erneut nach ihrer Klarheit und Priorität bewertet. Zusätzlich zu den quantitativen Bewertungen wurden in beiden Runden auch qualitative Kommentare eingeholt, die zur Strukturierung, Abstimmung und Formulierung der Standards beitragen sollten. Die Arbeitsgruppe prüfte alle quantitativen und qualitativen Kommentare des Expertengremiums und fasste das Feedback zusammen. Als Ergebnis wurden die Standards 2020 für gesundheitsfördernde Krankenhäuser und

Gesundheitsorganisationen vorgestellt und von der HPH-Generalversammlung genehmigt.

Der Prozess zur Festlegung der messbaren Elemente in diesem Dokument begann mit der Aufforderung an dasselbe Expertengremium, messbare Elemente für jeden Standard und seine Substandards vorzuschlagen. Eine Arbeitsgruppe, die sich aus Mitgliedern des HPH-Sekretariats und des deutschen HPH-Netzwerks zusammensetzte, fasste die von 11 HPH-Netzwerken eingegangenen Antworten auf der Grundlage der folgenden Bewertungsmerkmale der vorgeschlagenen messbaren Elemente zusammen. Messbare Elemente sollten dabei:

- direkt beobachtbar und in der Lage sein, die Erfüllung oder Nichterfüllung zu bewerten
- > bevorzugt auf der Grundlage vorhandener Unterlagen überprüft werden können, anstatt eine Erhebung zu erfordern
- > logisch und in verschiedenen institutionellen und regionalen Kontexten anwendbar
- sich konzentrieren auf Fakten, Dokumente oder andere Quellen, die helfen, die Umsetzung des Standards zu messen/beobachten/nachzuweisen

Diese kritische Bewertung führte zu einer ersten Liste von vorgeschlagenen messbaren Elementen, die an das Expertengremium zur Bewertung weitergegeben wurde. In einem letzten Schritt hat die interne Arbeitsgruppe das Feedback eingearbeitet. Die endgültige Liste der messbaren Elemente, die die Erfahrungen bei der Bewertung der Umsetzung der Standards für gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen widerspiegelt, findet sich in diesem Instrument.

Wie kann das Selbstbewertungsinstrument eingesetzt werden?

Die Ansätze zur Qualitätsbewertung lassen sich grob in interne und externe Bewertung unterteilen:

- > Interne Bewertung bezieht sich auf eine Bewertung auf der Grundlage einer Beurteilung oder einer institutionellen Selbstbewertung auf der Grundlage von Standards.
- Externe Bewertung bezieht sich auf die Inspektion durch Experten oder eine externe Akkreditierung.

Selbstbewertung ist ein Prozess, den Organisationen des Gesundheitswesens nutzen, um ihr Leistungsniveau im Vergleich zu festgelegten Standards zu bewerten und Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung zu ergreifen. Dieser Prozess ermöglicht es der Einrichtung, Bereiche mit guten Praktiken und solche, in denen Verbesserungsbedarf besteht, zu identifizieren. Die Krankenhausleitung kann dann Prioritäten setzen und notwendige Maßnahmen planen oder bewährte Verfahren in weiteren Abteilungen des Krankenhauses oder des Gesundheitseinrichtungens wiederholen.

Akkreditierung basiert in der Regel ebenfalls auf einer Selbstbewertung, wird aber durch eine externe Beurteilung durch Fachkollegen ergänzt. Die externe Bewertung führt in der Regel zu einer Gesamtbeurteilung der Organisation, indem zu verbessernde Bereiche ermittelt werden, und - sofern das angegebene Leistungsniveau erreicht wird - zu einer förmlichen Erklärung, dass das Krankenhaus akkreditiert ist.

Aus den Prozessen der Selbstbewertung und der Akkreditierung lassen sich vor allem zwei Lehren ziehen: Qualitätsverbesserung erfordert Daten über die Leistung und eine Kultur der Verbesserung.

Ohne Daten zum Umsetzungsgrad, die anhand von Standards gemessen werden, können keine klare Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung empfohlen werden. Und ohne eine Kultur der Beteiligung und Unterstützung können Vorschläge zur Qualitätsverbesserung nicht umgesetzt werden, selbst wenn Daten über die Umsetzung vorliegen. Die Strategie der Selbstbewertung ist daher eine Strategie der Ermutigung und Aufklärung, die die Gesundheitsorganisationen bei der Entwicklung von Prozessen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung unterstützt.

Klärung der Verantwortlichkeiten

Gesundheitsförderung kann nicht an eine bestimmte Rolle oder Funktion innerhalb des Krankenhauses oder der Gesundheitsorganisation delegiert werden; es liegt in der Verantwortung aller, einen Beitrag zu leisten. Für das Projekt muss ein Team mit klar definierten Rollen und Verantwortlichkeiten gebildet werden:

- Management: Entscheidend für den Erfolg dieses Projekts ist das Engagement des der Geschäftsführung, des Leitungsgremiums und der leitenden Angestellten der Organisation, um die Umsetzung des Aktionsplans zu gewährleisten und Ressourcen für die Durchführung der Aufgabe bereitzustellen.
- Projektleiter: Es wird ein Projektleiter ernannt, der den Prozess leitet und andere in der Durchführung der Selbstbewertung schult.
- Leitende Person für Standards: Die federführende Person übernimmt die Verantwortung für die Bewertung des Umsetzungsgrades der Standards. Sie sind für die Sammlung der Nachweise verantwortlich, die ihre Antwort untermauern.

Multidisziplinäre Lenkungsgruppe: Der Projektleiter setzt eine multidisziplinäre Lenkungsgruppe ein, in der die Mitarbeiter aller Ebenen vertreten sind. Die Lenkungsgruppe trifft sich regelmäßig, um die Fortschritte bei der Selbstbewertung zu besprechen, fachübergreifende Ideen zu entwickeln und eine Eigenverantwortung für das Projekt zu fördern. Zu den Mitgliedern der Lenkungsgruppe gehören idealerweise eine leitende Krankenschwester, die auch für Qualität/klinisches Audit zuständig sein kann, ein Oberarzt und ein Assistenzarzt, ein leitender Angestellter, ein Mitglied der Personalabteilung/Personalabteilung, ein Mitglied der medizinischen Hilfsberufe (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie), der allgemeinen medizinischen Hilfsdienste (z. B. Radiologie) und/oder ein Mitglied der allgemeinen nicht-klinischen Dienste.

Datenerhebung

Mitarbeiter auf verschiedenen Organisationsebenen sollten in die Datenerfassung und Bewertung der Standards einbezogen werden. Es ist wenig sinnvoll, wenn eine einzelne Person die Selbstbewertung ohne die Beteiligung der relevanten MitarbeiterInnen durchführt, da dies die MitarbeiterInnen auch daran hindern kann, Verantwortung zu übernehmen und aus dem Prozess zu lernen.

Drei Hauptdatenquellen kommen für die Bewertung der Standards in Frage:

- Routinedatenquellen: diese können Informationen für einige der Gesundheitsförderungsstandards enthalten. Daten aus Routinequellen sollten, sofern vorhanden, für die Selbstbewertung verwendet werden, um den Arbeitsaufwand für die Datenerhebung zu verringern. Allerdings ist die Art der in solchen Datenbanken enthaltenen Informationen möglicherweise nicht spezifisch genug für die Bewertung von Fragen der Gesundheitsförderung.
- > Befragungen: Eine Reihe von messbaren Elementen erfordert Befragungen. Dies kann eine Umfrage über die Erfahrungen von Patienten oder Mitarbeitern sein.
- Audit-Verfahren: Für einige messbare Elemente ist ein Audit von Patientenakten erforderlich. In Anlehnung an die gängige Praxis empfehlen wir, 50 Akten von entlassenen Patienten nach dem Zufallsprinzip für die Bewertung auszuwählen. Der Audit sollte von einer interdisziplinären Gruppe von Fachleuten durchgeführt werden, die über gute Kenntnisse der Dokumentationsroutinen der Abteilung verfügen. Der Begriff "Patientenakten" bezieht sich auf verschiedene Dokumentationen (Krankenakten, Pflegeberichte, Aufzeichnungen von Therapeuten und Diätassistenten usw.), die bei der Bewertung berücksichtigt werden müssen.

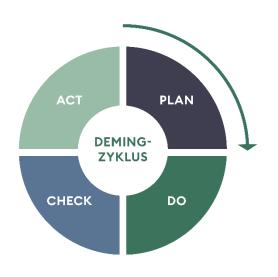
Interpretation der Ergebnisse

Es ist schwierig, das Ergebnis der Bewertung zu interpretieren, wenn es keinen Vergleichsmaßstab gibt, mit dem es verglichen werden kann. Die verschiedenen Arten von Vergleichen sind:

- interner Vergleich im Zeitverlauf (Vergleich der Bewertungen vor und nach den Qualitätsverbesserungsmaßnahmen),
- > externer Vergleich mit ähnlichen Anbietern (z. B. Peer-Groups) zu einem einzigen Zeitpunkt oder im Zeitverlauf,
- Vorgeschriebener Standard (z. B. von regionalen Gesundheitsplänen festgelegte Ziele).

Entwicklung eines Qualitätsverbesserungsplans

Es wird empfohlen, den Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA) zu befolgen. Der PDCA-Zyklus wurde ursprünglich von Walter Shewhart in den 1930er Jahren entwickelt und später von W. Edwards Deming angepasst (7,8). Der Zyklus bietet einen Rahmen für die Verbesserung von Prozessen innerhalb eines Systems. Er kann als Leitfaden für das gesamte Verbesserungsprojekt oder für die Entwicklung spezifischer Projekte verwendet werden, sobald die Zielbereiche für die Verbesserung ermittelt wurden. Der PDCA-Zyklus kann als dynamisches Modell verwendet werden (Abbildung 2): Der Abschluss einer Runde des Zyklus mündet in den Beginn der nächsten.



- Plan: Planung einer Maßnahme, eines Projekts oder Ablaufs, das/der auf eine Verbesserung abzielt. Dazu gehört die Analyse der aktuellen und gewünschten Situation. Verbesserungspotentiale werden identifiziert und Maßnahmen entwickelt, die zur Erreichung des Ziel-Zustandes beitragen sollen.
- **Do:** Die geplanten Maßnahmen werden während der Do-Phase in den jeweils betroffenen Bereichen umgesetzt bzw. getestet (vorzugsweise im kleinen Rahmen).
- Check: Ein entscheidender Schritt im PDCA-Kreislauf ist die Ergebnisse zu überprüfen und Erfolg sowie Misserfolg zu analysieren. Nach der Umsetzung von verändernden Maßnahmen müssen deren Auswirkungen bewertet werden – werden die gewünschten Verbesserungen erreicht?
- Act: Die Maßnahmen übernehmen, auf sie verzichten oder den Zyklus erneut durchlaufen.

Abbildung 2: Plan-Do-Check-Act Cycle

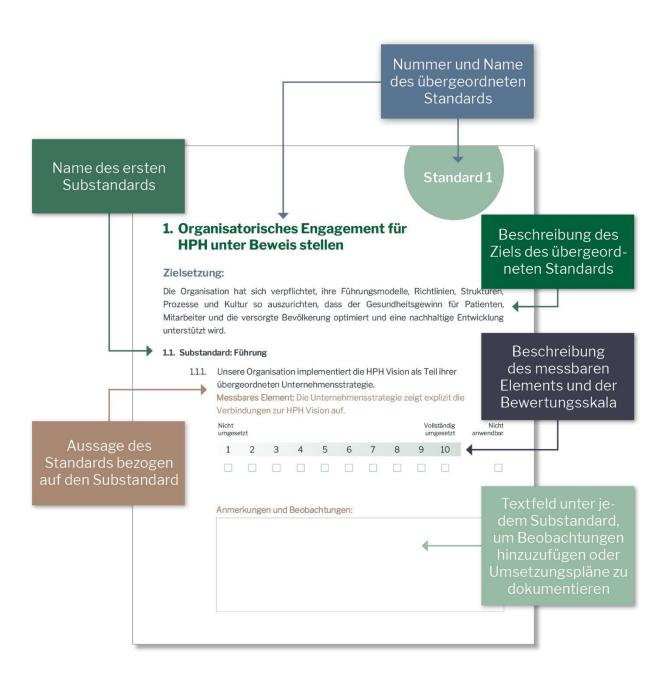
Jeder Abschnitt des Instruments enthält ein Textfeld, in dem Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung dokumentiert und die Zuständigkeiten für diese Maßnahmen festgelegt werden können. Notizen und Beobachtungen sollten einen Zeitrahmen für diese Maßnahme und die erwarteten Ergebnisse enthalten.

Der Projektleiter erfasst zusammen mit der Lenkungsgruppe die Daten so genau und realistisch wie möglich. Nach Abschluss der Selbstbewertung kann die Lenkungsgruppe Bereiche mit bewährten Praktiken und Bereiche mit Verbesserungsbedarf ermitteln. Daraufhin kann ein Aktionsplan entwickelt werden. Es ist wichtig, dass die Maßnahmen in diesem Plan die lokalen und nationalen Prioritäten, Ziele und die verfügbaren Ressourcen der Organisation berücksichtigen. Um die Entwicklung zu überwachen, sollte der Aktionsplan auch in bestehende Managementsysteme integriert werden.

Nach der erfolgreichen Identifizierung von Qualitätsverbesserungspotenzialen, der Planung und Umsetzung von Aktivitäten müssen nachfolgende Selbstbewertungen durchgeführt werden, um den Qualitätsverbesserungskreislauf fortzusetzen. Nach Abschluss jedes vollständigen PDCA-Zyklus kann ein neues, etwas komplexeres Projekt in Angriff genommen werden, um die Dienstleistungen kontinuierlich weiter zu verbessern.

Struktur des Selbstbewertungsinstruments

Die aktuelle Version dieser Standards umfasst 5 Standards, 18 Substandards und 85 Standardaussagen. Die messbaren Elemente werden wie folgt strukturiert dargestellt (Abbildung 3):



1. Organisatorisches Engagement für HPH unter Beweis stellen

Zielsetzung:

Die Organisation hat sich verpflichtet, ihre Führungsmodelle, Richtlinien, Strukturen, Prozesse und Kultur so auszurichten, dass der Gesundheitsgewinn für Patienten, Mitarbeiter und die versorgte Bevölkerung optimiert und eine nachhaltige Entwicklung unterstützt wird.



1.1. Substandard: Führung

1.1.1. Unsere Organisation implementiert die HPH Vision als Teil ihrer übergeordneten Unternehmensstrategie.

Messbares Element: Die Unternehmensstrategie zeigt explizit die Verbindungen zur HPH Vision auf.

	licht Imgese	tzt					llständig ngesetzt	Nicht anwendbar			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Г	منہ ہا۔	ndlun	zon un	coroc	Eübrur	agetoo	me eni	ocoln	dia 7ia	la dar L	IDU Vicion

1.1.2. Die Handlungen unseres Führungsteams spiegeln die Ziele der HPH Vision wider.

Messbares Element: Der jährliche Arbeits- und Handlungsplan spiegelt die Ziele der HPH Vision wider.

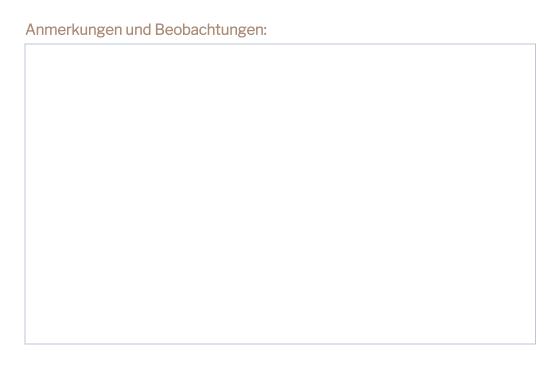


1.1.3.	ständi Messb	gen W pares E	'eitere E <mark>leme</mark> n	ntwick i t: Bes	dung. chreibu	ungen	der Vis	sion, M	lission	und We	erung und erte ntierung.
	Nicht	LICICIT	ads Ell	gagen	ient iu	ii dest	manen	is- unc		Iständig	Nicht
	umgese	tzt								ngesetzt	anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1.1.4.	Vision Substa Fortso Messa werde	beste andard chrittsk pares E n, ihre	llt und Is bena bericht Elemen Arbeit	Veran annt. G für die t: Der sbesc	twortli Gemein e Untei Koordi	che fü sam e rnehm nator ng bei	r einze rarbeit ensleit und Ve nhaltet	elne Sta en sie tung. erantw t das E	andard einen ortlich rstelle	ls bzw jährlich e könne n eines	der HPH en en benannt jährlichen
	Nicht umgese	tzt								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1.1.5.	Messb Tages	ordnu	ilemen	t: Eine der B	Evalua	ation d der U	ler HPI nterne	H Visio	n ist T		Vision. Ier letzten
	Nicht umgese	tzt								lständig igesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	1	_						
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	

1.1.6.	Unser Vision		nrungs	progra	ımm fü	ır neue	e Mitar	beiter	beinha	altet die	HPH
	Messt	ares E	lemer	nt: Einf	ührung	gsmate	erial fü	r neue	Mitark	peiter	
	(Willko	ommer	nsbriet	fe, Ver	fahren	, Leitlir	nien) n	ehmer	n Bezu	g auf di	e HPH
	Vision	und H	PH Ak	tivitäte	en auf.						
	Nicht umgese	tzt								ollständig mgesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1.1.7.	HPH \	/ision. pares E	Elemer wicklu	nt: Sticl	hprobe	en von	Leistu	ngsbe	wertu	ngen ur	ichtigt die nd tipien und
	Nicht umgese	tzt								ollständig mgesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Anme	rkunge	en und	Beoba	achtun	gen:					
1.2. Substan	dard: U	nterne	hmen	spoliti	k						
1.2.1.	ausge Orient Gesur	richtet ierung idheits	Mess auf Pr gewin	bares rävent in (HPF	Eleme i ion, Ge H Logo	nt: Mis sundh ist eir	sion ui neitsföl	nd Ziel rderun	e unte g und	PH Visio erstütze r HPH	
	Grund Nicht umgese		okume	nte, W	ebseit	e).				ollständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	1	2	3	4	5	0	1	0	9	10	

1.2.2.	komm Messb	uniziei ares E nentier	rt. E <mark>lemer</mark> t (z.B.	nt: Ziele auf de	e und N	/lissior	ı der O	rganis	ation s	ind klar	ngruppen zugänglich
	Nicht umgese	tzt								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1.2.3.	Raum, Messb Aktivit HPH Ir Ausrüs	Ausrü pares E täten z	istung E <mark>lemer</mark> ur Ver uktur () zur U nt: Ein I fügung	msetzu Budget g, Feldl	ung de t steht peoba	r HPH für die chtung	Vision Umse gen ref	zur Ve etzung lektier ı, Räum	nlichkei	g. H emessene ten und
	Nicht umgese									Iständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Anmer	kunge	n und	Beoba	achtun	gen:					

1.3. Substance	dard: M	lonitor	ing, In	npleme	entieru	ıng un	d Eval	uation					
1.3.1.													
	Nicht umgese	tzt								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1.3.2.	Messi HPH k	iffern o	die für I <mark>leme</mark> n	die Ur it: Das	nsetzu Inform	ng dei ations	r HPH \	Vision m erlau	erford Ibt die ffern (I		nd. Ing von ard) liegt		
	Nicht umgese	tzt								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1.3.3.	Gesur Messk	ndheits	ergeb l <mark>eme</mark> n	nissen ı t: Beis	werde	en peri ür Eva	itionen odisch luation	evalui	ert.	esserun	ig von		
	Nicht umgese	tzt								lständig igesetzt	Nicht anwendbar		





2. Niedrigschwelliger Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen

Zielsetzung:

Die Organisation ergreift Maßnahmen, um die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Akzeptanz ihrer Gesundheitsdienste sicherzustellen.



2.1. Substandard: Erreichbarkeit und Verfügbarkeit

2.1.1. Unsere Organisation hat ein Verfahren zur Bedarfseinschätzung bei Menschen mit fehlendem Versicherungsschutz und kann auch für diese Menschen auf Gesundheitseinrichtungen verweisen, um die Menschenrechte zu wahren.

Messbares Element: Die Organisation kann die Verfahren aufzeigen, entsprechendes Personal (z.B. in der Notaufnahme) ist in den Verfahren geschult, Angebote für Menschen ohne Versicherungsschutz können benannt werden.

icht mgese	tzt								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2.1.2. Unsere Organisation informiert alle Patienten über ihre Rechte und über unser Gesundheitsförderungsangebot.

Messbares Element: Erklärungen zu den Patientenrechten sind leicht zugänglich, in den relevanten Sprachen im Einzugsgebiet und in unterschiedlichen Medien (Druck, elektronisch) verfügbar.

Nicht umgese	tzt							Vol	Iständig ngesetzt	Nicht anwendbar
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Anmei	kunge	en und	Beoba	achtun	gen:					

2.2. Substandard: Informationen und Zugang

2.2.1. Die Kontaktinformationen unserer Organisation, die Lage und Anschrift, und Anfahrtswege sind leicht im Internet zu finden.

Messbares Element: Prüfen der Website hinsichtlich der Kontaktinformation, Lage und Anfahrtswege.

Nicht umgese	etzt								llständig ngesetzt	Nicht anwendbar
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2.2.2.	mit nie Sprack	edriger hen de pares E	(digita s Einzu l <mark>eme</mark> n	aler) Ge ugsgel ut: Die \	esundl piets v Webse	neitsko erfügb eite ist	ompeto ar. in vers	enz, un schiede	d ist ir enen S	relevai prachei	Menschen nten verfügbar e Version).	
	Nicht umgese	tzt								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2.2.3.	Gesur Patier Messb Gesun	ndheits ntengru pares E	kompe uppen lemen kompe	etenz, berück ı t: Schr	die Sp ksichti; riftmat	racher gt. erial u	n und d nd We	ie kogi gweise	nitiver er ents	preche	eiten der	
	Nicht umgese	tzt								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2.2.4.	Messk Komm Patien	nalisier pares E nunikat	te ode lemen ionsst ippen	er bena t: Evid rategio (z.B. na	enz vo en für	igte Pa on aufs margir	ntiente uchen nalisier	ngrup; der (Sc te ode	oen. ozial-) <i>A</i> r bena	it für Arbeit oo chteilig iveau) k	te	
	Nicht Vollständig Nicht umgesetzt umgesetzt anwendbar											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

2.2.5.	Unser	e Orga	nisatio	on kanı	n leich [.]	t gefur	nden ui	nd erre	eicht w	erden,	
	Messb	ares E	lemen	t: Bew	ertung	gen de	r orgar	nisatio	nalen		nschen.
	Anger		nheit ir	n Bezu						tungen drigsch	zeigen welligkeit
	Nicht umgese	tzt								lständig ngesetzt	Nich anwendba
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Anme	rkunge	n und	Beoba	achtun	gen:					
Substan	dard: S	ozioku	lturell	e Akze	eptanz						
2.3.1.	versch	_	en Gru							Vorliebe usst un	
	Mess b Spract	oares E hen de	i <mark>lemen</mark> r Gem	einsch	aft zur	Verfü	gung g	gestellt	werde		en, dass
	0 0									ss das P dass kul	ersonal turell
											en werden
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nich anwendba
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2.3.

2.3.2.	dass d Messb durch	ie Rec pares E geführ tenrec	hte all lemen t, und c chte in	er Pati It: Es w die Erg den R	enten verden gebniss ichtlini	geach syster se wer	tet we matisc den zu	rden. he Bev r Berüc	vertun cksich	gen mit tigung d	zustellen, : Patienten der Schulung
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2.3.3.	Bedür Messb und an	fnisse pares E ngewar ten, w	schutz Ilemen ndt, un ie z.B.	zbedür I t: Es w n die B	ftiger I verden edürfn	Persor syster	nen an: matisc esond	zupass he Bev ers sch	sen. vertun utzbe	esonder gen dur dürftige icher, zu	rchgeführt er
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2.3.4.	und ar werde getest Messb	nhand on vor in et.	der Erg hrer Vo	gebnis erbreit ut: Es lie	se verk ung m egen B	pesser it Vert Bericht	t. Digit retern e über	ale Die	enste u elgrup ersuch	ind neu pen und ne des	n getestet e Medien I Patienten
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Anmerkungen und Beobachtungen:

3. Personenzentrierte Gesundheitsversorgung und Einbeziehung der Nutzer

Zielsetzung:

Die Organisation strebt die bestmögliche personenzentrierte Versorgung und Gesundheitsergebnisse an und ermöglicht den Nutzern/der Gemeinschaft, sich an ihren Aktivitäten zu beteiligen und einen Beitrag zu leisten.

3.1. Substandard: Anpassung am Versorgungsbedarf

3.1.1. Unsere Organisation arbeitet mit Patienten, ihren Familien und Pflegenden zusammen, um Verfahren zur Bewertung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Patienten zu entwickeln.

Messbares Element: Es können Mechanismen beschrieben werden, mit denen die Organisation gemeinsam mit Patienten, Familien und Pflegenden Verfahren zur Bewertung des Gesundheitsbedarfs entwickelt.

Nicht implem	entiert								Vollständig Nic umgesetzt anwendl					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					

3.1.2. Unsere Organisation verfügt über einen standardisierten Ansatz zur Bewertung und Dokumentation des Bedarfs an Interventionen in Bezug auf verhaltensbezogene Risikofaktoren (wie Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegungsmangel).

Messbares Element: Datenerhebungsformulare und Patientenakten enthalten und ermöglichen die Erfassung von Daten zu verhaltensbezogenen Risikofaktoren unter Verwendung des HPH-Datenmodells.

Nicht Impleme	entiert								llständig ngesetzt	Nicht anwendbar
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3.1.3.	somat Erkran Messb der Or	idheits ische (ikunge pares E	risiker Gesun en oder Ilemen	n bei so dheits r Krank nt: Eins	omatis risiken kheiter chlägig	chen F bei Pa n zu ide	Patient atiente entifizio	en zu e n mit p eren.	erkenn osychis orhand	en und schen en und	werden in
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3.1.4.	Kinder Betreu werde Messb	rn unte uern, G n. pares E e Char	er aktiv leicha E <mark>leme</mark> n ta der	ver Mit Itrigen It: Übe Recht	wirkun und zu reinkon e von k	g von ugehör mmen Kinderi	Kinder igen L über d	n, Elte eistun lie Rec	rn, Ver gserbr chte de	wandte ingern es Kinde	en und ermittelt es/UNICEF or und die
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3.1.5.	Patien in der '	viten zu Versor vares E ten un	identi gung : ilemen d zur /	fiziere zu verr ı t: Es g	n, um c ingern ibt Ver	den Be fahrer	darf zu n zur Id	ı ermit entifiz	teln ur ierung	zbedürf nd Ungl gefähr erung v	eichheiten deter
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

	Anme	rkunge	en und	Beoba	achtun	gen:					
3.2. Substand	dard: A	npass	ung de	er Vers	sorgun	gspra	XİS				
3.2.1.	Die Or	ganisa	ation so	chafft	ein Um	nfeld, ii	n dem s	sich Pa	atiente	n und F	amilien
	sicher	fühler	n und il	nre Wi	irde ur	nd Ider	ntität re	espekt	iert we	erden.	
	Messt	oares E	lemer	ıt: Rüc	kmeld	ungen	von Pa	atiente	n und		
										ungen v	werden zur
			_			_				Bereic	
							nrechte			20.0.0	
	Nicht			-,	,			- / -	Vol	llständig	Nich ⁻
	impleme	entiert								ngesetzt	anwendba
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3.2.2.	Injins	erer O	rganis:	ation f	inden l	Patien	tenges	nräche	⊇ in nri	vaten F	Räumen
0.2.2.										nunika [.]	
	unters	_	7111033	CHCF Z	Cit Sta	ct, are v		ICKLIVC	7 ((0))	Hariika	CIOII
			lomor	ıt. Rüc	kmeldi	ungan	von Pa	ationto	n und		
										ungony	werden zur
											äre, Zeit für
			ig dei	V EI SUI	guilg	Senutz	L (SCHV	verpur	IKL. FII	vatSpri	are, Zeit für
	Beratı	ilig).									
	Nicht impleme	entiert								llständig ngesetzt	Nich anwendba
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3.2.3.	.3. In unserer Einrichtung wird die Privatsphäre der Patienten jederzeit respektiert, und Patienten, die lange Zeit in der Klinik bleiben, haben das Recht, einen Ort zum Entspannen zu finden. Gegebenenfalls wird die Möglichkeit des Aufenthalts von Partnern oder nächsten Angehörigen gewährleistet. Messbares Element: Rückmeldungen von Patienten und Familienangehörigen und Umfragedaten über ihre Erfahrungen werden zur Verbesserung der Versorgung genutzt (Schwerpunkt: Qualität der baulichen Umgebung, Verfügbarkeit öffentlicher Räume). Nicht Vollständig Nicht implementiert											
		entiert										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3.2.4.	gemei mitzuv Messk Entsch sind ve	als aktinsame wirken pares E neidun erfügb	tive Pa en Ents Elemen gsfind	rtner a scheid t: Beis	an der (ungspr piele fi	Gesun ozess ür Hilfe	dheits en ent en zur ;	versor lang de gemeii	gung Les Vers nsame torisch	ind an sorgung n nen Eink	gspfads Dettung Nicht	
	impleme	entiert 2	3	4	E	C	7	0		ngesetzt	anwendbar	
			<u> </u>	4	5	6		8	9	10		
3.2.5.	Unser kultur									individ	uelle,	
	Rehab Messb	oilitatio D <mark>ares E</mark>	n und Iemen	Palliati t: Die /	ivverso	orgung erung	s. en wer	den in		dlung, narta de	er	
	Rehab Messb	oilitatio pares E ntenred	n und Iemen	Palliati t: Die /	ivverso Anford	orgung erung	s. en wer	den in	der Ch		Pr Nicht anwendbar	
	Rehab Messt Patier	oilitatio pares E ntenred	n und Iemen	Palliati t: Die /	ivverso Anford	orgung erung	s. en wer	den in	der Ch	narta de Iständig	Nicht	

3.2.6.	2.6. Unsere Organisation verfügt über Leitlinien für Hochrisiko-Screenings für Senioren und bezieht Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Risikomanagement in die klinischen Praxisleitlinien oder -pfade ihrer Abteilungen ein, soweit dies angemessen ist. Messbares Element: Es werden Leitlinien für Risikoscreenings für Senioren eingesetzt, die Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Risikomanagement umfassen. Nicht Vollständig Nicht implementiert										
		entiert								_	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3.2.7.	WHO/ Messb	UNICE	F-Initi	ative E	Babyfre	eundlic	ches K	ranker	haus u	nlungen ım. eundlich	
	Nicht		s oder	ähnlicl	h wurd	e erlar	ngt.		Vol	Iständig	Nicht
	Nicht impleme	entiert							um	ngesetzt	Nicht anwendbar
	Nicht		s oder	ähnlicl 4	n wurd 5	e erlar 6	ngt. 7	8			
	Nicht impleme	entiert						8	um	ngesetzt	
3.2.8.	Nicht implement 1 Unserver Free H Messb Gesun	entiert 2 — e Orga Healtho	3 Inisational Seare Sear	4 on setzervices	5 rt die S s um.	6 \textstyle tandar	7 The design of	☐ s Globa	9 al Netw	10 // Ork for	anwendbar
3.2.8.	Nicht implement 1 Unsere Free H Messb	entiert 2 e Orga Healtho	3 Inisational Seare Sear	4 on setzervices	5 rt die S s um.	6 \textstyle tandar	7 The design of	☐ s Globa	9 al Netweier	10	anwendbar
3.2.8.	Nicht implement 1 Unsere Free H Messb Gesun Nicht	entiert 2 e Orga Healtho	3 Inisational Seare Sear	4 on setzervices	5 rt die S s um.	6 \textstyle tandar	7 The design of	☐ s Globa	9 al Netweier	10 // Ork for	anwendbar Tobacco Nicht

	Anme	rkunge	en und	Beob	achtun	gen:					
								_			
3.3. Substan	dard: K	ommu	nikatio	on zwi	ischen	Patier	nt und (Gesun	dheits	person	al
3.3.1.		_			-					unikatio te ein, u	on und die
	0				n und f	_					птеше
		stützer									
					Organi						1 " 1
											ngehörigen orgung zu
			_	_						ation zw	0 0
					persor				die		
	Entsc Nicht	heidun	gsfind	ung, P	atiente	enaktiv	/ierung	g).	\	1-42	NE - I-
	implem	entiert								Iständig ngesetzt	Nich anwendba
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3.3.2.	Komm für die Metho Messb Lehrpl	nunikat schrif oden w oares E an Anl	tion un tliche a ie Klar ilemen eitung	d die F als aud text o t: Es g en zur	Patient ch für d der Tea ibt Sch	enzen lie mü ach-ba nulung sseru	ntrierur ndliche ack-Te sprogr ng der	ng verb Komr chnike amme	esserr munika n. für da	n. Dies g ation du s Persc	gilt sowohl rch onal, deren nigkeiten
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3.3.3.	Messb Familie Verbes	nunikat pares E enange sserur	tion un Ilemen ehörige Ig der \	d schä t: Rüc en unc Versor	ätzt es, kmeldı I Umfra	dass I ungen agedat genutz	Patient von Pa ten übe rt (Schv	ten Fra atiente er ihre	igen st in und Erfahr ikt: Ko	ellen. ungen v	werden zur kation mit Nicht
	impleme	entiert								istaridig igesetzt	anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3.3.4.	Messb	nunikat pares E ließlicl erfügb	tion zw i lemen n Diens	vischer I t: Dok	n Patie ument	nten u ation v	ınd Ärz von Spi	ten zu rachüb	erleich ersetz e Vern Vol	ntern. zungsdi nittlung	um die ensten, sdienste Nicht anwendbar
	1 1	2	3	4	5	6	7	8	9	ngesetzt 10	anwenubai

3.3.5. In unserer Organisation können alle Patienten ungehindert Fragen stellen.

Messbares Element: Es gibt Verfahren, die die Patienten ermutigen, Fragen zu stellen (z. B. die Kampagne "Frag mich drei").

Nicht implem	entiert							Vo	llständig ngesetzt	Nicht anwendbar
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Anme	rkunge	en und	Beoba	achtun	gen:					



	3.4	l. Substand	dard: Unters	stützung zur	Verhaltensä	inderung voi	n Patienten
--	-----	-------------	--------------	--------------	-------------	--------------	-------------

upstani	uaru: Ui	itersti	utzun	g Zur v	ernan	ensan	uerun	g von r	allen	ten		
3.4.1.	Unsere Organisation versorgt die Patienten mit klaren, verständlichen und angemessenen Informationen über ihren aktuellen Gesundheitszustand, ihre Behandlung, Versorgung und die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen. Messbares Element: Beispiele für Patienteninformationen oder Entlassungsbriefe werden vorgelegt und auf ihre Vollständigkeit gemäß der Norm geprüft. Nicht Vollständig Nicht implementiert											
		entiert										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3.4.2.	wie Ta Messb Bedarf intensi	isation bak, A pares E fsermit iven Be	Kurz- Ikohol Iemen ttlungs	oder I , Ernäh t: Die (sverfal	ntensi nrung u Organi nren ur	vberatund Be sation and die	ungen wegur weist	zu wic ngsmar das	htigen ngel ar it von k	Risikot	Faktoren oder Nicht	
	impleme								um	gesetzt	anwendbar	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3.4.3.	elektro Messb	onischo pares E tienter	en) Zug l <mark>emen</mark> nrecht	gang z t: Der l	u ihrer Zugan	Patie g zur F	ntenak Patient	ite. enakte	e wird o		alls e Charta spielen Nicht	
	impleme		0		-		7	0	um	gesetzt	anwendbar	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

3.4.4.	Unsere Organisation bietet einfachen Zugang zu Entscheidungshilfen für Patienten und erleichtert deren Verwendung, wo dies angebracht ist. Messbares Element: Beispiele für Hilfsmittel zur gemeinsamen Entscheidungsfindung und Protokolle über ihre organisatorische Verankerung sind verfügbar.										
	Nicht implementiert									lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.7.5.	Unsere Organisation führt Maßnahmen zur Unterstützung des Selbstmanagements durch, die den Patienten helfen, ihre Krankheit zu bewältigen, um sich auf die Entlassung oder eine langfristige Nachsorge vorzubereiten. Messbares Element: Patienten- und Familienfeedback und Umfragedaten über ihre Erfahrungen werden zur Verbesserung der Versorgung genutzt (Schwerpunkt auf Bereichen: Selbstwirksamkeit, Selbstmanagement Versorgungskontinuität).										
	Nicht			Vollständig umgesetzt		Nicht anwendbar					
	impleme	entiert									anwenubai
	impleme	entiert 2	3	4	5	6	7	8	9	10	anwenubai
			3	4	5	6	7	8	9		
	1	2			5 		7	8	9		

3.5. Substand Gemeins		Einbez	ziehung	g vor	ı Pat	ienten	, Fan	nilien,	Pfleg	genden	und	der
3.5.1.	Unsere Organisation unterstützt die Beteiligung der Nutzer an der Planung, Bereitstellung und Bewertung ihrer Dienste.											
	Messbares Element: Die Sitzungsprotokolle spiegeln die Beteiligung der Patienten an der Planung, Erbringung und Bewertung der Dienstleistungen der Organisation wider.											
	Nicht Vollständig implementiert umgesetzt an									anwer	Nicht ndbar	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3.5.2.	Unsere Organisation identifiziert Nutzer, die Gefahr laufen, von partizipativen Prozessen ausgeschlossen zu werden, und fördert die Beteiligung derjenigen, die von Ausgrenzung und Diskriminierung bedroht sind. Messbares Element: Patienten, die an organisatorischen Aufgaben teilnehmen, werden aus unterschiedlichen sozioökonomischen Verhältnissen rekrutiert.											
	Nicht Vollständig implementiert umgesetzt								anwer	Nicht ndbar		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3.5.3.	In unserer Organisation werden alle Dokumente und Dienstleistungen, die für Patienten relevant sind, gemeinsam mit Patientenfürsprechern und Vertretern von Patientengruppen entwickelt und getestet. Messbares Element: Die Beteiligung von Patientenfürsprechern oder Patientenfürsprecherorganisationen an den Aktivitäten der Organisation kann beschrieben werden.											
	Nicht impleme		0		_		_		um	Iständig ngesetzt	Nicht anwendbar	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
									_			

3.5.4.	Senior Aktivit Messk Freiwi	ren aus täten z pares E Iligen,	der G u bete Elemen Studer	iemein iligen i t: Beis nten, S	nde, Pa und eir piele f eniore	tiente nen Be ür We en aus	n und c eitrag z rbung,	deren F u leiste die die meinde	amilie en. Einbe e, Pati	eziehung enten u	an ihren
	Nicht impleme	entiert								llständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Anme	rkunge	en und	Beoba	achtun	gen:					
3.6. Substance	dard: 7	ueamn	nonark	neit in	der int	ogripi	ton Va	reorgi	uno		
3.6.1.	Unser um de Messk	e Orga en Gesi pares E	nisatio undhei I <mark>leme</mark> n n Patie	on arbe tsgew nt: Es k entenv	eitet m inn zu önnen	it ande maxim Beisp	eren Le nieren. iele für	eistung die Zu	gserbri usamm		usammen, eit bei der ngern
	Nicht impleme		or don							llständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3.6.2.	Austau Messb	usch re ares E	elevant l <mark>emen</mark>	ter Pat t: Es g	ienten ibt ein	inforn Verfal	natione nren fü	en mit ır den /	andere Austau		nisationen. evanter
	Nicht impleme			(Vol	lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3.6.3.	Zusam Bedürt Maßna Messb ihrer g	nmenfa fnisse ahmen. ares E esundl n zeitn	assung und de lemen neitlich ah übe	des Zer von der von der von der Zusanen Beermitte	ustand der übe ammer edürfni elt, was	ds des erweis nfassu sse un	Patier senden ngen c	nten, se Einric des Zus	einer g htung stands erliche	iftliche esundh ergriffe der Pat n Maßn d Zeitst	ienten, ahmen
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Anmer	kunge	n und	Beoba	ichtun;	gen:					

4. Schaffung eines gesunden Arbeitsplatzes und ein gesundes Arbeitsumfeldes

Zielsetzung:

Die Organisation entwickelt einen gesundheitsfördernden Arbeitsplatz und ist bestrebt, ein gesundheitsförderndes Umfeld ("Settingsansatz") zu schaffen, um die Gesundheit aller Patienten, Angehörigen, Mitarbeiter, Hilfskräfte und Freiwilligen zu verbessern.

4.1.	Substandard:	Gesundheitsbedürfnisse	des	Personals,	Einbeziehung	und
	Gesundheitsför	derung				

4.1.1. Unsere Organisation bietet regelmäßige Bewertungen der Gesundheitsbedürfnisse der Mitarbeiter und Gesundheitsförderung in Bezug auf Tabak, Alkohol, Ernährung, körperliche Inaktivität und psychosozialen Stress.

Messbares Element: Es werden regelmäßige Beurteilungen und Bewertungen der Gesundheit des Personals durchgeführt; die Aktivitäten und Dienstleistungen zur Gesundheitsförderung des Personals sowie deren Inanspruchnahme können beschrieben werden.

Nicht anwendbar	llständig ngesetzt								entiert	Nicht implem
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

4.1.2. In Zeiten außergewöhnlicher Belastungen werden diese Bewertungen der gesundheitlichen Bedürfnisse angepasst, um einen möglichen Unterstützungsbedarf rechtzeitig zu ermitteln.

Messbares Element: Auf der Grundlage von Bewertungen des Gesundheitszustands des Personals gibt es ein angepasstes, schnelles Verfahren zur Ermittlung geeigneter Dienstleistungen und der Bedürfnisse des gesamten Personals.

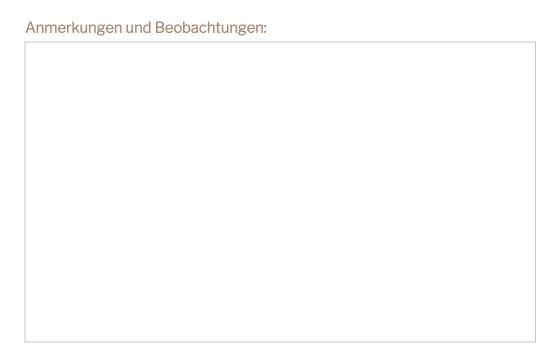
Nicht mpleme	entiert								llständig ngesetzt	Nicht anwendbar
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

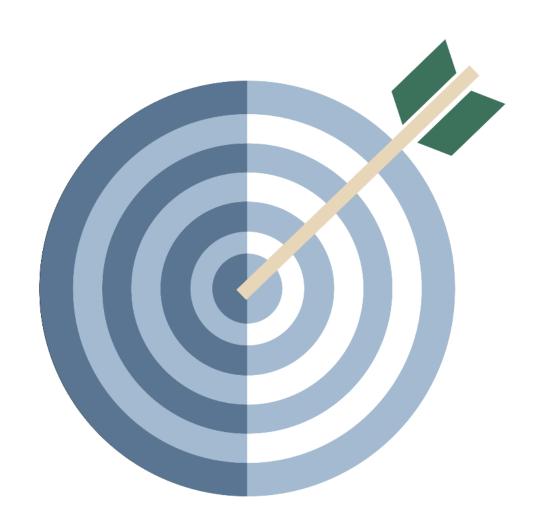
4.1.3.		e Orga sundh			wickelt	und p	flegt d	as Bev	vussts	ein der	Mitarbeiter
										efragun, ngeführ	gen und t.
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4.1.4.	Unser	e Orga	nisatio	n stell	lt siche	er, dass	s das P	ersona	al an Ei	ntschei	dungen
	beteili	gt wird	d, die s	ich auf	die kli	nische	en Arbe	eitsabla	äufe ur	nd das	
	Arbeit	sumfe	ld aus	wirken							
											ersonal
											einsame
		neidun	genut	er wic	nuge c	organis	satoris	cne ve			zu treffen.
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4.1.5.	Unser	e Orga	nisatio	n entv	wickelt	Arbei	tsmeth	noden,	die ge	gebene	enfalls
					einbezi						
							sberich	iten ge	eht die	Beteilig	gung
		isziplir	narer I	eams	hervor						
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4.1.6.	das ps Messk Gesur und so Gesur krankl	sychos pares E ndheits pziale U	oziale Elemen förder Unterst	Arbeit It: Bei (Tung w Tützun; ten) ur	sumfe der Pla erden g), Frül nd Spä	ld berü Inung u Einflus nindika tindika	ucksich und Un ssfakto atoren atoren	ntigt. nsetzu oren (w (wie Er (wie ho	ng der vie Arb ngager ohe Jol	betriek eitsbed ment ur brotatio	ingungen nd on oder
	Nicht implem	entiert								llständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Anme	rkunge	en und	Beoba	achtun	gen:					
4.2. Substance	dard: G	esund	e Arbe	eitswe	It ("Se	tting")					
4.2.1.	und M werde Messk respel Angel	litarbei en. pares E	iter sic Elemen s Umfe n sowie	her fül I t: Umf eld wic e Umfr	rage- I ler; Rü ageda	nd in de und Int ckmele ten we	em ihre cerview dunger erden g	e Würd vdaten n von F	de und spiego Patient		amilien ät geachtet
	Nicht implem	entiert								llständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4.2.2.	Desigr erschv	ns in ih vinglic pares E	rer phy h und i <mark>lemen</mark>	/sische möglic t: Beis	en Umg h ist. piele fo	gebun ür univ	g an, w erselle	ann im	nmer d	ies pral	niversellen ktisch, n überall in
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4.2.3.	Unsere komfo Messb sauber	rtabel. ares E	lemen	t: Beol	oachtu	ıngen ı					er und eigen ein
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4.2.4.		em Mol pares E /Risiko	oiliar u lemen obewe	nd frei t: Vor - rtunge	en We Ort-Be	gen au eobach Arbeit	usgest ntunge splätze	attet. In und en spie	geln e und fre	ine gute	Э
	impleme		2	4	Г	C	7	0	um	ngesetzt	anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4.2.5.	und Bo Konta Messk Initiati Entspa	esuche kte zu pares E ven gil	er zur V knüpfe Elemen ot, die d	/erfüg en. t: Die l den Pa	eung, ur Beobae atiente	m sich chtung n, dem	zu ent g vor 0 n Perso	spanne rt zeig onal un	en, zu t t, dass d den r Verfi	es Räu Besuch ügung s	me und iern zum stehen.
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4.2.6.	Option Messk Ernähl gesun vorhan	nen aut pares E rungso de Ern nden). I	f dem (lemen ptione ährung Eine or	Geländ t: Die l en ange g entsp ganisa	de und Beobace boter preche ationsv	in der chtung n werd n (eins weite \	unmitt g vor 0 en, die schließ /ereink	telbare rt zeig den na lich Ze parung	n Umg t, dass ational rtifizie , die ur	gebung. versch en Rich rung, so ngesund	iedene itlinien für ofern
	OIL.										
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	Nicht	entiert 2	3	4	5	6	7	8			
	Nicht impleme		3	4	5	6	7	8	um	ngesetzt	
4.2.7.	Nicht implement 1 Unser Gesur Lärm: Messt Gesur Tabak das Ve Beoba Lärm: Sincht	e Organdheits bares Endheits produkterbot verbot verbot achtung	inisations wesen imierer Elemen einrich kten ist on Tab	on sorg rauch n. t: Die (atung (t verbo pak un	gt dafü n- und a Organi (GNTH) oten. E d Alkol nebung	r, dass alkoho sation) zertifine org	die Ur Ifrei is ist als iziert, o ganisat unterz	mgebu t, und i tabakf der Ver tionsw eichne	ng im st in de reie rkauf veite Vertunge	er Lage ron Alko rprüfun en zum	anwendbar , unnötigen ohol und rung über ng durch Thema
4.2.7.	Nicht implement 1 Unser Gesur Lärm: Messt Gesur Tabak das Ve Beoba Lärm:	e Organdheits bares Endheits produkterbot verbot verbot achtung	inisations wesen imierer ilemen einrich kten ist on Tabeg vor C	on sorg rauch n. t: Die (atung (t verbo pak un	gt dafü n- und a Organi (GNTH) oten. E d Alkol nebung	r, dass alkoho sation) zertifine org	die Ur Ifrei is ist als iziert, o ganisat unterz	mgebu t, und i tabakf der Ver tionsw eichne	ng im st in de reie rkauf veite Vertunge	er Lage	anwendbar , unnötigen ohol und rung über ng durch







Förderung der Gesundheit in der Gesellschaft

Zielsetzung:

Die Organisation übernimmt die Verantwortung für die Förderung der Gesundheit im Einzugsgebiet und in der Gesellschaft.

5.1. Substandard: Gesundheitliche Bedürfnisse der Bevölkerung

5.1.1. Unsere Organisation erhebt Daten über die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Einzugsgebiet, um den Zugang und die Chancengleichheit zu verbessern.

Messbares Element: Berichte über die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Einzugsgebiet enthalten relevante Indikatoren für die öffentliche Gesundheit (z. B. ambulant-sensitive Krankenhauseinweisungen oder Übereinstimmung zwischen epidemiologischen Indikatoren und den Dienstleistungen der Organisation).

Nicht impleme	entiert								lständig igesetzt	Nicht anwendbar
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5.1.2. Unsere Organisation arbeitet mit Organisationen des öffentlichen Gesundheitswesens zusammen, um Informationen über den Gesundheitszustand, den Bedarf an medizinischer Versorgung und die Gesundheitsdeterminanten im Einzugsgebiet zu sammeln.

Messbares Element: Die Zusammenarbeit mit lokalen Organisationen des öffentlichen Gesundheitswesens zur Erhebung von Gesundheitsinformationen im Einzugsgebiet wird dokumentiert.

Nicht impleme	entiert								llständig ngesetzt	Nicht anwendbar
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5.1.3.	Gesun	dheits neitspr	wesen	ıs zusa	mmen	n, um Ir	nforma	ntioner	über	entliche den Bed ugsgeb	darf an
	Messb	ares E	lemen	t: Die Z	zusam	menar	beit m	it loka	len Org	ganisati	onen des
								_	n Info	rmatior	nen über
	Krankl	neiten	im Einz	zugsge	ebiet w	ird do	kumer	ntiert.			
	Nicht impleme	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Gesun	dheit c ares E	ler Bev l <mark>emen</mark>	völkeri t: Die /	ung im Aktions	Einzu spläne	gsgebi spiege	et erm eln die	nittelt. mit ko	/erbess	erung der renden
	Nicht impleme	entiert								Iständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Anmer	kunge	n und	Beoba	chtun	gen:					

5.2. Substandard: Die Gesundheit der Gemeinschaft im Blick

5.2.1.	Unsere Organisation entwickelt aufsuchende Maßnahmen wie Gesundheitsdialoge für bestimmte Altersgruppen zur Primärprävention. Messbares Element: Belege für aufsuchende Maßnahmen sind auf unserer Website und in anderen Medien zu finden.												
	Nicht impleme	entiert								llständig ngesetzt	Nicht anwendbar		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
5.2.2.	um de Inansp und be	n Wiss pruchn eteiligt pares E	enstra ahme v sich al lemen	ansfer von Di ktiv ar t: Es g	über G enstlei n geme	iesund stunge insam	heitsfa en zu fo en Maí	aktore ördern 3nahm	n und o , ergre en. en und	die eift die l	usammen, nitiative staltungen Nicht anwendbar		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	anwendbar		
5.2.3.	innova der Ge gemei Messb	ativer E emeind ndeba pares E hteiligt	Dienstle le, eins sierte l <mark>lemen</mark> te Bevo	eistun schließ Pflege t: Nac	gen fü Blich Ha ezentre hweise	r bena ausbes en. e für Di	chteilig uchen enstle	gte Ber und d	völker urch lo en, die nde ric	ungsgrı			
	impleme		0	4	_	6	-	0		ngesetzt	anwendbar		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_		

	Anme	rkunge	en und	Beob	achtun	igen:					
5.3. Substan	dard: U	mwelt	und G	iesund	lheit						
5.3.1.	Unser	e Orga	nisatio	on verl	oesser	t die G	esund	heit de	er Patie	enten, d	es
											satz von
		en Che pares E									hren sind
		ert, und									
	Nicht implem	entiert								lständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	_	_					,				
5.3.2.	Unser	e Orga	nisatio	on red	uziert (das Vo	lumen	und di	e Toxi	zität de	r im
		_									undlichsten
		manag					-				
											ung des
		bewirts								3 OKOIO8	gischer
	Nicht								Vol	Iständig	Nicht
	implem								un	ngesetzt	anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5.3.3.	die En Messb	ergiee oares E	ffizien i <mark>lemer</mark> auchs	z sowi nt: Es w squelle	e alter verden n durc	native, Bewe	erneu rtunge	erbare n der	Energ	_	nd fördert nsatz
	Nicht impleme		G. 0 _ 20.							llständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.3.4.	zur Au Abwas Gesun Messb des W	fberei sserve idheits ares E asserv	tung v rschm einrich lemer verbrau	on Wa utzung ntunge nt: Es w uchs e	sser di g in Kra en zu re verden	urch, u ankenh eduziei dokur hrt, die	m den näuseri ren. nentie	Wassen und	erverb	rauch u n zur Be	eycling und and die ewertung
	Nicht impleme	entiert								llständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	Nicht	entiert 2	3	4	5	6	7	8			
	Nicht impleme		3	4	5	6	7	8	um	ngesetzt	
5.3.5.	Nicht implement 1 Unservice die de Gesun Umweiste Messb	e Organ Klimandheitseltverse Eportmö	nisatio a-Fußa organ chmut	on entvabdructisation	wickelt k des l und se erringe	Trans Kranke einen E ern.	port- uenhaus Beitrag	und Die es/der g zur lo	9 enstleis kalen d emis	10 stungss	anwendbar
5.3.5.	Nicht implement 1 Unserd die de Gesun Umwe Messbart Transp	e Organ Klimandheits eltverschares E	nisatio a-Fußa organ chmut	on entvabdructisation	wickelt k des l und se erringe	Trans Kranke einen E ern.	port- uenhaus Beitrag	und Die es/der g zur lo	enstleis kalen d emis ur Leis	10 stungss	anwendbar strategien, rme
5.3.5.	Nicht implement 1 Unserd die de Gesund Umwer Messter Transperinbez Nicht	e Organ Klimandheits eltverschares E	nisatio a-Fußa organ chmut	on entvabdructisation	wickelt k des l und se erringe	Trans Kranke einen E ern.	port- uenhaus Beitrag	und Die es/der g zur lo	enstleis kalen d emis ur Leis	10 stungss ssionsal stungse	anwendbar strategien, rme erbringung

5.3.6.	Kranke Ernähe erzeug Messb Abfall,	enhaus rungsg gten Le pares E lokale	ses/de gewohr ebensr llemen und na	r Gesunheite nitteln t: Die I achhal	indheit n förde i in der Dokum tige Le	seinricert und Geme Jentati	chtung den Z inde e on übe nittelq	, inder ugang rmögli er Lebe uellen	n sie g zu lok cht. ensmit wird g	telbesc	
	Nicht impleme	entiert								llständig ngesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.3.7.	Renov ökolog Messb Kranke	rierung gischer pares E enhaus	; ihrer I n Baue i <mark>lemen</mark> s oder	Einrich ens. t: Die (hat an	itungei Organis	n die G sation	irunds ist ein te Zert	ätze ur zertifiz ifizieru	nd Pral ziertes ungen		les
	impleme								um	llständig ngesetzt	anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Anme	rkunge	en und	Beoba	achtun	gen:					

5.4. Substandard: Austausch von Informationen, Forschung und Kapazitäten

5.4.1. Unsere Organisation fördert die Forschung im Bereich der Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung sowie Innovationen in der Gesundheitsfürsorge für sozial Schwache, um die Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung zu verbessern.

Messbares Element: Die führende Rolle oder Beteiligung an einschlägigen Forschungszuschüssen und Forschungsergebnissen in Zusammenarbeit mit Universitäten und Schulen kann dokumentiert werden.

Nicht impleme	entiert								llständig ngesetzt	Nicht anwendbar
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5.4.2. Unsere Organisation trägt aktiv zu Lern- und Austauschaktivitäten in internationalen/nationalen/regionalen Netzwerken von gesundheitsfördernden Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen bei.

Messbares Element: Die Organisation ist Mitglied des Internationalen Netzwerks gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, und die Mitarbeiter leisten Beiträge zu und/oder nehmen an netzwerkweiten Aktivitäten teil (Konferenzen, Arbeitsgruppen, Webinare).

Nicht implem	entiert								llständig ngesetzt	Nicht anwendbar
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	



	margir Forsch Gesun qualita Messb	nungsa nalisier nungsf dheits ative ur pares E	aktivitä te Die ragen, forsch nd gen lemen te Die	nten, di nstleis Metho nung ei nischte t: Es k nstleis	ie Patie stungsr oden u nbezie e Meth ann de tungsr	enten, nutzer, nd die hen (p oden). r Nach nutzer	Familie in die Berich artizip weis e in die F	en und Entwichtersta ative F erbrach	Bürge klung ttung i orschu nt werd gung d	er, insbe von über die ung sov den, das er Prior	vie
	Nicht impleme	entiert								lständig gesetzt	Nicht anwendbar
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5.4.4.	Heraus Messb	dheits sforde pares E tliche \ n doku	deterr rungei l <mark>emen</mark> /orträg	minant n im G t: Bele ge, Pre	en und esundl ege für essemi	l die all neitsbe die Au	gemei ereich fklärui	inen ge auf. ng der	Öffent Öffent ierte Ir Vol	haftlich clichkeit nformat Iständig gesetzt	t
	1	2	3	4	5	6	7	_	0		
					_	0	1	8	9	10	
								8	9	10	
5.4.5.	Inform	nation v	von un l <mark>emen</mark>	d im D t: Die I	wickelt vialog n Protok	Mode nit Ent	lle und scheid r Arbe	☐ Grem ungstr	□ ien zur ägern.	kontin	uierlichen n belegen
5.4.5.	Inform Messb	nation v pares E alog m	von un l <mark>emen</mark>	d im D t: Die I	wickelt vialog n Protok	Mode nit Ent	lle und scheid r Arbe	☐ Grem ungstr	ien zur rägern. opensi	kontin	
5.4.5.	Inform Messb den Di	nation v pares E alog m	von un l <mark>emen</mark>	d im D t: Die I	wickelt vialog n Protok	Mode nit Ent	lle und scheid r Arbe	☐ Grem ungstr	ien zur rägern. opensi	kontin	n belegen _{Nicht}

Anmerkungen	Anmerkungen und Beobachtungen:										

Referenzen

- 1. Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021. Health Promot Int. 2021 Apr 5:57. doi: 10.1093/heapro/daaa157.
- 2. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. World Health Organization; 1986. [Abgerufen am 2021 Nov 10]. Verfügbar unter: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- 3. International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. Wikipedia. [Abgerufen am 2021 Nov 10]. Verfügbar unter: https://en.wikipedia.org/wiki/International_Network_of_Health_Promoting_Hospitals_and_Health_Services
- 4. ISQua External Evaluation Association (ISQua EEA). The International Society for Quality in Health Care; [Abgerufen am 2021 Nov 10]. Verfügbar unter: https://ieea.ch/accreditation.html
- 5. Groene O. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. WHO European Office for Integrated Health Care Services; 2006 [Abgerufen am 2021 Nov 10]. Verfügbar unter: https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Manual-Standard-Assessment_English.pdf
- 6. Chiarenza A. Umbrella standards process development. 25th Meeting of the HPH General Assembly; 2019 May 29; Warsaw.
- 7. Shewhart, Walter Andrew. Statistical method from the viewpoint of quality control. New York: Dover. Originally published: Washington, DC: Graduate School of the Department of Agriculture, 1939.
- 8. W. E. Deming; Out of the Crisis; Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, 1982.