

Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

19.05.2026
Marco Fischer, CEO, Vorsitzender der Geschäftsleitung

Version 2



Universitäts-Kinderspital beider Basel
(UKBB)

www.ukbb.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2025.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen sind im Inhaltsverzeichnis alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Die schweizerische Spital- und Kliniklandschaft ist sehr heterogen, entsprechend unterschiedlich sind auch die Fallzahlen. Werte von Spitälern und Kliniken mit kleinen Fallzahlen sind statistisch weniger robust und mehr von zufälligen Schwankungen betroffen. Auch lassen sich aus den Ergebnissen keine Rückschlüsse auf die Fallschwere der Patientinnen und Patienten und den damit verbundenen Behandlungs- und Ressourcenaufwand der Institutionen ableiten.

In Bezug auf die nationalen Qualitätsmessungen des ANQ ist insbesondere zu erwähnen, dass bei der Publikation der Ergebnisse sorgfältig auf faire Spital- und Klinikvergleiche geachtet wird. Von Spital- oder Klinikranglisten sieht der ANQ entschieden ab. Sämtliche Resultate der Qualitätsmessungen geben nur Teilaspekte der Gesamtqualität eines Spitals oder einer Klinik wieder und jede Methode hat ihre Chancen und Grenzen.

Zudem werden jeweils die aktuell, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2025

Jennifer Lemke

Qualitätsbeauftragte

0617042749

jennifer.lemke@ukbb.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Die H+ Qualitätsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Die Informationen hierzu werden auch in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform spitalinfo.ch dargestellt.

Die Qualitätsentwicklung wird von den Spitälern und Kliniken mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen vorangetrieben. Als Basis für die Deklaration und Publikation dient der Qualitätsvertrag gemäss Art. 58a KVG (QV58a). Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – Qualität – Qualitätsvertrag. Die Selbstdeklarationen werden durch die Spitäler und Kliniken mindestens einmal jährlich aktualisiert. Im Qualitätsbericht 2025 sind diese Angaben nun erstmals automatisch integriert und entsprechen dem Stand Ende Jahr 2025.

Die Vorlage zum Qualitätsbericht 2025 umfasst weiterhin die Aktivitätstypen: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im H+ Qualitätsbericht sind jeweils neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

Um das Ausfüllen der Vorlage zum Qualitätsbericht zu vereinfachen und den Aufwand zu reduzieren, sind unter anderem neu direkte Links zu den Nationalen Messungen und Befragungen (ANQ) auf den jeweiligen Spitalprofilen auf spitalinfo.ch gesetzt worden.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das unermüdliche Engagement, mit dem sie – zusammen mit den breitgefächerten Aktivitäten – weiterhin eine hohe Versorgungsqualität sicherstellen können. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	12
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	13
4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG	13
4.2 Teilnahme an nationalen Messungen	14
4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	14
4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	15
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte	16
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	21
4.5.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews	
4.5.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)	22
4.6 Registerübersicht	24
4.7 Zertifizierungsübersicht	28
QUALITÄTSMESSUNGEN	30
Erhebung der Patientenerfahrung	31
5 Patientenerfahrung	31
5.1 Eigene Befragung	31
5.1.1 Feedback zur Behandlung und Aufenthalt im UKBB	31
5.1.2 Kinderfragebogen "Deine Meinung ist gefragt"	32
5.2 Beschwerdemanagement	33
6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern	34
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich, Akutsomatik	34
6.2 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie für Kinder / Jugendliche / Eltern	0
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	
<i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.</i>	
8 Zuweiserzufriedenheit	
<i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.</i>	
Behandlungsqualität	36
Messungen in der Akutsomatik	36
9 Wiedereintritte	36
9.1 Eigene Messung	36
9.1.1 Fallzusammenführung	36
10 Operationen	
<i>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.</i>	
11 Infektionen	37
11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen	37
12 Stürze	
<i>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.</i>	
13 Dekubitus	
<i>Keine ANQ Messung, ab 2026 wird die Dekubitusrate, analog zu den ANQ Vorgaben für Erwachsene, einmal jährlich aus dem Klinikinformationssystem (KISIM) erhoben.</i>	
Psychiatriespezifische Messungen	38
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung	38
14.1 Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM) in der	

14.2	Symptombelastung psychischer Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie, und Kinder- und Jugendpsychiatrie	39
	Rehaspezifische Messungen	0
15	Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit <i>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.</i>	
	Weitere Qualitätsaktivitäten	40
16	Weitere Qualitätsmessung	40
16.1	Weitere eigene Messung	40
16.1.1	Beschwerden (Akutsomatik, Psychiatrie).....	40
17	Projekte im Detail	41
17.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	41
17.1.1	Umsetzung des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG	41
17.1.2	Risikomanagement-Prozess	41
17.1.3	Dokumentenlenkung und Prozessmanagement	42
17.1.4	Compliance	42
17.1.5	PREMs-Elternbefragung - Vom ANQ zur internen Dauerbefragung	42
17.1.6	Umsetzung Strategie Noso	43
17.1.7	Patient Reported Outcome Measures (PROMs).....	44
17.1.8	Monitoring Besiedelungsstatus multiresistente Erreger	44
17.1.9	Elektronisches Zuweiserportal	45
17.1.10	Integrales Kapazitätenmanagement (IKM).....	45
17.1.11	Optimierung Patientenfluss	45
17.1.12	Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM).....	46
17.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025	46
17.2.1	Standard 15: Ernährung.....	46
17.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	46
17.3.1	Fachzertifizierungen.....	46
18	Schlusswort und Ausblick	47
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	48
	Akutsomatik	48
	Herausgeber	50

1 Einleitung

Das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) ist ein eigenständiges universitäres Kompetenzzentrum für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Lehre und Forschung und eines der drei selbstständigen Kinderspitäler der Schweiz. Träger des UKBB sind die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Durch das hochstehende medizinische Angebot sichert das UKBB die kantonale kinder- und jugendmedizinische Gesundheitsversorgung und dient ebenfalls der regionalen und überregionalen Gesundheitsversorgung. Dabei gehört das UKBB zu den führenden universitären kinder- und jugendmedizinischen Zentren der Schweiz.

Qualität hat im UKBB einen hohen Stellenwert. Organisatorisch ist das Qualitätsmanagement der obersten operativen Leitung angegliedert. Das UKBB führt eine Qualitäts- und Risikokommission (QRK), die interdisziplinär aufgebaut ist. Mit der Unterstützung der QRK werden qualitätssichernde Massnahmen initiiert und koordiniert, was zu einer stetigen Qualitätsentwicklung beiträgt.

Um sicherzustellen, dass die Qualität den geforderten und intern gesetzten Ansprüchen genügt, wird das UKBB seit 2004 von der Schweizerischen Stiftung für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen SanaCERT Suisse zertifiziert. Externe Expert*innen bewerten dabei mit jährlichen Audits spezifische Qualitätsstandards/Qualitätsthemen. Alle drei Jahre findet eine Re-Zertifizierung statt. Um Situationen und bestehende Prozesse immer wieder zu analysieren, Optimierungsmöglichkeiten zu erkennen und die gesetzten Ziele zu überprüfen, werden Kennzahlen und Qualitätsmessungen eingesetzt. Hierfür beteiligt sich das UKBB an den Qualitätsmessungen des nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), wie z.B. der Patienten- und Elternzufriedenheit und der Messung von Wundinfektionen nach Appendektomien. Ergänzend zu den nationalen Qualitätsmessungen definiert das UKBB jährlich Qualitätsziele, die mittels eigener interner Kennzahlen überprüft werden.

Im Berichtsjahr 2025 engagierten sich die Mitglieder der QRK, der Compliance-Kommission, der SanaCERT-Standardgruppen sowie zahlreiche weitere Mitarbeitende erneut in einer Vielzahl von Qualitätsprojekten. Ein zentraler Schwerpunkt lag weiterhin auf der Umsetzung der Anforderungen des Qualitätsvertrags, insbesondere im Hinblick auf die Planung, Umsetzung und Nachverfolgung definierter Qualitätsverbesserungsmassnahmen.

Interne Audits, Befragungen und weitere Messinstrumente lieferten 2025 wichtige Erkenntnisse und führten zu konkreten Verbesserungsvorschlägen. Daraus resultierten neue Qualitätsprojekte, die teilweise bereits umgesetzt wurden oder sich in Umsetzung befinden. Die Arbeit der Compliance-Kommission wurde fortgeführt und etablierte sich weiter mit einem klaren Fokus auf die systematische Überprüfung ausgewählter Themenbereiche entlang des PDCA-Zyklus.

Darüber hinaus war das Qualitätsmanagement aktiv in verschiedene übergeordnete Projekte eingebunden, unter anderem in die Weiterentwicklung von Befragungsinstrumenten, die Anpassung von Prozessen im Risikomanagement, die Koordination externer Begehungen sowie die Bearbeitung von Anforderungen im Zusammenhang mit bestehenden und neuen Zertifizierungen.

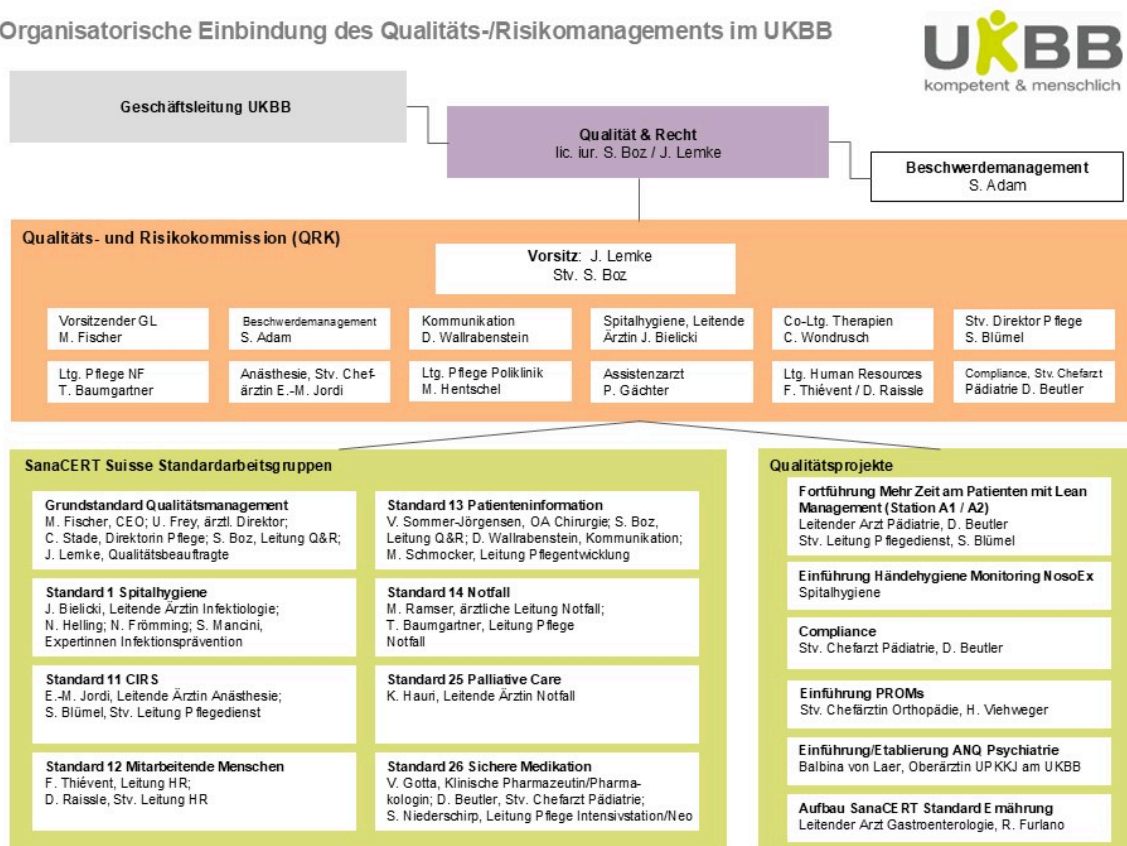
Auch im Jahr 2025 zeigten die Mitarbeitenden ein hohes Engagement für die kontinuierliche Qualitätsentwicklung. Trotz anspruchsvoller Rahmenbedingungen und zahlreicher paralleler Aktivitäten konnten zentrale Qualitätsmassnahmen umgesetzt und wesentliche Fortschritte in der Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit erzielt werden.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organisatorische Einbindung des Qualitäts-/Risikomanagements im UKBB



Abteilung Qualität & Recht

Die Abteilung Qualität & Recht ist für Qualitäts- und Rechtsfragen sowie für das Beschwerdemanagement und Zufriedenheitsumfragen bei Patient*innen und Eltern verantwortlich. Die Qualitätsbeauftragte plant, organisiert und monitorisiert Prozesse für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Qualität. Für die Überprüfung des Qualitäts- und Risikomanagements ist die Qualitäts- und Risikokommission (QRK) zuständig. Die Steuerung und Verantwortung liegen bei der Geschäftsleitung. Die Abteilung Q&R ist dem Vorsitzenden der Geschäftsleitung als Stabstelle unterstellt. Jährlich wird ein Qualitätsbericht verfasst und Anfang des Jahres der Geschäftsleitung (GL) und dem Verwaltungsrat (VR) vorgelegt.

Qualitäts- und Risikokommission (QRK)

Die Qualitäts- und Risikokommission ist interdisziplinär zusammengesetzt. Die Mitglieder vertreten die Bereiche der Geschäftsleitung, des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-therapeutischen Dienstes, der Spitalhygiene und Infektionsprävention, der Kommunikationsabteilung und der Abteilung Human Resources.

Die QRK setzt sich für die Einhaltung und kontinuierliche Verbesserung der Qualität im UKBB ein. Sie überwacht die Qualitätsentwicklungen und Risiken und unterstützt die Abteilungen bei der Einführung und Umsetzung von Q-Massnahmen und Q-Projekten. Sie setzt sich aus 14 Personen verschiedener Spitalbereiche zusammen und trifft sich jährlich zu sechs Sitzungen.

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **160%** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Jennifer Lemke
Qualitätsbeauftragte UKBB
+41 61 704 27 49
[*jennifer.Lemke@ukbb.ch*](mailto:jennifer.Lemke@ukbb.ch)

Frau Sura Boz
Leiterin Qualität & Recht
+41 61 704 27 09
[*sura.boz@ukbb.ch*](mailto:sura.boz@ukbb.ch)

Frau Sylvia Adam
Beschwerdemanagerin
061 704 29 41
[*sylvia.Adam@ukbb.ch*](mailto:sylvia.Adam@ukbb.ch)

3 Qualitätsstrategie

Strategie UKBB 2022++

Patientenorientierung, Wachstum, digitale Transformation

1. Stärkung der Wettbewerbsposition als überregionaler Gesundheitsversorger
 - Überschreiten der kritischen Grösse durch markantes Wachstum in Fallzahlen und Spezialisten
 - Attraktive, innovative Zusammenarbeitsmodelle mit überregionalen Kooperationen oder Zusammenschlüssen (Vom UKBB zum UKNW)
 - Etablierung als pädiatrischer Forschungscampus NWCH
2. Aufbau eines integrierten Versorgungsangebots
 - Ausrichtung auf Patientenbedürfnisse und Leistungsangebot entlang des Patientenpfads
 - Festlegen der Wertschöpfungstiefe nach Qualitäts- und Rendite-Kriterien
 - Entwicklung innovativer, neuer Versicherungsverträge im Kontext eines integrierten Versorgungsangebots
 - Ausbau von digitalen und telemedizinischen Angeboten
3. Digitale Transformation
 - Standardisierung und Automatisierung der Kern- und Supportprozesse
 - Aufbau Datenanalyse und -nutzung (personalisierte Medizin und Künstliche Intelligenz)
 - Erhöhung der Arbeitgeberattraktivität durch innovative Arbeitsmodelle
 - Etablierung einer auf neue Arbeitswelten 4.0 ausgerichteten Führungskultur

Qualitätsziele 2025

1. Patientenzufriedenheit sichern / erhöhen
 - Gesamtzufriedenheit der Patienten und Patientinnen dauerhaft sichern
 - "Mehr Zeit am Patienten" durch Reduktion der administrativen Tätigkeit zugunsten der Patientenbetreuung
2. Patientensicherheit erhöhen
 - Erhöhung der Händehygiene-Compliance bei Mitarbeitenden mit Patientenkontakt
 - Hohe Compliance der Patientenübergabe nach dem IPASS Modell
 - Sichere Anwendung mit dem Patientenidentifikationsarmband
 - Sichere elektronische Medikamentenverordnung
3. Vereinfachung von Prozessen
 - Gesamtzufriedenheit der Nutzer und Nutzerinnen mit der ICT steigern
 - Gesamtzufriedenheit der Zuweisenden steigern
 - Erfolgreicher Betrieb und Steigerung der Nutzerzufriedenheit mit dem Klinikinformationssystem KISIM
 - Sicherstellung einer zentralen Zugänglichkeit, schnelles Auffinden von stetig aktualisierten Dokumenten im Dokumentenlenkungssystem / Testen eines neuen Dokumentenlenkungssystem
5. Mitarbeitendenzufriedenheit erhöhen
 - Zufriedenheit der Mitarbeitenden erhöhen
 - Reduktion der Kurzabsenzen

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

Der Qualitätsvertrag nach KVG Art. 58a

Seit der Genehmigung des Q-Vertrags arbeitet das UKBB intensiv an der Umsetzung der neuen Anforderungen. Zahlreiche Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) wurden bereits eingeführt, weitere befinden sich in der Umsetzung. Der künftige Schwerpunkt liegt auf der klaren Definition und Dokumentation der Prozesse sowie auf der systematischen Überprüfung der Wirksamkeit der Massnahmen im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (PDCA-Zyklus).

Compliance im UKBB

Die Geschäftsleitung des UKBB erachtet die Einhaltung von Regularien und die Compliance als wichtige Aufgabe des Gesamtsitals. Um die flächendeckende Durchdringung von Regularien (Konzepten und Prozessen) im medizinischen/pflegerischen Bereich besser überwachen und sicherstellen zu können, wurde eine Compliance-Kommission und ein Compliance Beauftragter benannt, mit dem Ziel, Schwachstellen aufzudecken und nötigenfalls Verbesserungsvorschläge anzubringen. Die Hauptaufgaben der Kommission umfassen die Identifizierung von Themen mit potenziellem Verbesserungsbedarf und entsprechende Vorschläge an die GL. Nachdem die GL die Schwerpunkte für das Jahr festgelegt hat, überprüft die Compliance-Kommission die Einhaltung des jeweiligen Themas. Auf Grundlage der Ergebnisse entwickelt sie potenzielle Massnahmen zur Verbesserung, die der GL präsentiert und auf einer anderen Ebene umgesetzt werden.

Im Jahr 2025 setzte die Compliance-Kommission einen Schwerpunkt auf die korrekte Patientenidentifikation mittels Identifikationsarmbändern. Nach initialen Überprüfungen wurden gezielte Sensibilisierungen, Schulungen und Massnahmenpläne umgesetzt. In der Folge konnte eine klare Verbesserung erreicht werden: Die Zielvorgaben wurden weitestgehend erfüllt, einzelne zuvor auffällige Bereiche zeigten eine vollständige Umsetzung.

Basierend auf einer früheren Analyse der Patientenübergaben wurde 2025 ein Optimierungsprojekt erfolgreich umgesetzt. Die Übergaben der Pflegefachpersonen erfolgen seither standardisiert nach dem IPASS-Modell über ein elektronisches Dashboard. Die neue Struktur sorgt für vollständige und klare Übergaben und wird in der Praxis positiv beurteilt. Ergänzend wurde ein E-Learning eingeführt, nach einer Etablierungsphase ist eine Überprüfung der konsequenten Anwendung vorgesehen.

Risikomanagement-Prozess

Bereits im Jahr 2024 wurde der Risikomanagement-Prozess wüberarbeitet und in einer Pilotphase erprobt. Darauf aufbauend erfolgten 2025 gezielte Optimierungen sowie die Erarbeitung eines neuen Reglements, das von Geschäftsleitung und Verwaltungsrat genehmigt wurde und die aktuelle Vorgehensweise verbindlich festlegt. Parallel dazu wurde der Fokus auf die Sensibilisierung der Mitarbeitenden gelegt, um das Risikomanagement stärker im Arbeitsalltag zu verankern und die aktive Mitwirkung zu fördern. Zur Verbesserung der Transparenz wurde eine neue Informationsseite eingerichtet, auf der das Reglement und die Prozesse verständlich dargestellt sind. Mitarbeitende können erkannte Risiken direkt über eine niederschwellige Meldefunktion erfassen, ergänzende Beiträge im Intranet fördern die regelmässige Beteiligung. Der genehmigte Risikobericht wird künftig intern breit kommuniziert und in geeigneten Gremien vorgestellt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den wesentlichen Risiken und deren systematischer Bearbeitung. So wird sichergestellt, dass alle Mitarbeitenden über relevante Risiken informiert sind und Zugang zu den entsprechenden Informationen haben.

Swiss PREMs Acute Care – Parents

Ein zentrales Thema im Jahr 2025 war die vom ANQ neu entwickelte Elternbefragung im PREMs-Format. Qualitätsbeauftragte der Kinderspitäler sind hierzu in einer nationalen Expertengruppe vertreten, um zentrale Fragestellungen zu vertiefen. Ziel dieser Zusammenarbeit ist es, zentrale inhaltliche, methodische und praktische Fragestellungen frühzeitig zu klären. Die Qualitäts- und Risikokommission (QRK) des UKBB wurde laufend über den aktuellen Stand, offene Punkte und relevante Entwicklungen informiert. So konnten wichtige Anliegen, Erfahrungen aus der Praxis sowie spezifische Anforderungen des UKBB gezielt eingebracht werden.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

Qualitätsziel	Messgrösse / Indikator	Angestrebte Zielerreichung	Ergebnisse 2025
Patientenzufriedenheit dauerhaft sichern	Gesamtzufriedenheit der Online-Befragung in %	≥ 87.5 %	86.1 %
«Mehr Zeit am Patienten»	Umfrage auf Basis einer validierten Tätigkeits-erhebung von w hoch 2: «Wieviel Prozent Ihrer jährlichen Tätigkeit verwenden Sie auf...»	Nachhaltige Stabilisierung der 2024 erreichten Reduktion administrativer Tätigkeiten und idealerweise eine weitere Verbesserung um 2 % zugunsten der Patientenbetreuung.	<u>Ärzt*innen</u> Direkte Patientenb.: 39 % Administration: 13 % (Neues Ärzte Team, weitere Reduktion der Administration, aber zugunsten der indirekten Patientenb.). <u>Pflege</u> Direkte Patientenb.: 46 % Administration: 12 % (weitere Reduktion der administrativen Tätigkeit, aber zugunsten der indirekten Patientenb.) --> Ziel erreicht, Direkte Patientenb. stabil, + weitere Reduktion der administrativen Tätigkeit (8 % und 2 %).
Händehygiene-Compliance	- Händedesinfektionsmittel-Verbrauch - korrekt durchgeführte 5 Indikationen der Händedesinfektion) mit der Software von NosoEx	Abhängig von initialen Daten, die im Laufe des ersten Monats erhoben werden. Der Ausgangswert dient als Grundlage für die Zielwerte.	Pilot konnte erst verzögert starten, erste Werte werden im Jahr 2026 erwartet.
IPASS-Modell	Online-Umfrage an Anwendende	IPASS Modell wird eingehalten, hohe Compliance	Projekt abgeschlossen (Implementierung in KISIM) und für die Pflege umgesetzt. Ärztlicher Bereich ausstehend. Überprüfung: 2026.
Sichere Anwendung mit dem Patienten-identifikationsarmbandes (PIB)	Direkte Überprüfung bei 80 Patient*innen durch die Compliance-Kommission	85 % der Patient*innen tragen das PIB	Mittelwert insg. 82 %, Station A: 100 %, Station B: 86 %)
Nutzerzufriedenheit mit ICT	Auswertung ICT Umfrage / Gesamtzufriedenheit	≥ 77 %	85.84 % inkl. Hint AG 87.12 % ohne Hint AG
Zufriedenheit Zuweisende	Auswertung der Umfrage bei Zuweisenden / Gesamtzufriedenheit	≥ 68 %	Nächste Umfrage 2026
Erfolgreicher Betrieb KISIM	Nutzerumfrage zu KISIM	≥ 70 %	72.6 %
Überarbeitung und Migration der Dokumente in eDoc	Festlegung Zeitrahmen	- Überarbeitung der medizinisch/pflegerischen/therapeutischen Dokumente und Migration in die vorgesehene Ordnerstruktur bis Ende Q1 2025 - Überprüfung neues Dokumentenlenkungssystem	- Ca. 70 % der Prozesse sind überarbeitet und in die richtige Ordnerstruktur migriert - Neues Dokumentenlenkungssystem ausgetestet, Ergebnisse Januar 2026

Zufriedenheit der Mitarbeitenden erhöhen	Mitarbeitendenumfrage Gesamtzufriedenheit	Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit um 5 % (2022-2024)	Nächste Umfrage: 2027
	Kurzabsenzen	Reduktion der Kurzabsenzen (2023: 26.4, 2024: 27.5)	24.8 FTE

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualitätsmessungen UKBB 2024-2027

	2024	2025	2026	2027
Interne Qualitätsmessungen				
Elternzufriedenheit / ab Herbst 2026 PREMS (Swiss PREMs Acute Care-Parents)	X	X	X	X
PROMS	X	X	X	X
Zufriedenheit Kinder	X	X	X	X
Erfassung eingehender Beschwerden	X	X	X	X
Dekubitusserfassung	-	-	X	X
Erfassung CIRS Fälle	X	X	X	X
Mitarbeiterzufriedenheit	X	-	-	X
Zufriedenheit Einführungstag	X	X	X	X
Zufriedenheit Zuweisende	-	-	X	-
Erfassung Haftpflichtfälle	X	X	X	X
Qualitätsziele / Qualitätsindikatoren	X	X	X	X
Externe Qualitätsmessungen				
ANQ Elternumfrage (Swiss PREMs Acute Care-Parents ab 2026)	-	-	X	X
ANQ Symptombelastungserfassung HoNOSCA und HoNOSCA-SR (Psychiatrie)	-	-	X	X
ANQ Patienten- und Elternzufriedenheit (Psychiatrie)	-	-	X	-
ANQ Freiheitseinschränkende Massnahmen (Psychiatrie)	-	-	X	X
ANQ Infektion nach Appendektomie	X	X	X	X
Dekubitusprävalenzerfassung*	-	-	X	X
Assistentenzufriedenheit FMH	X	X	X	X
Interne- und Externe Audits und Überprüfungen				
Sanacert Suisse	X	X	X	X
"Ausgezeichnet für Kinder" (Gkind)	X	-	X	-
JACIE	X	X	X	X
Schweiz. Akkreditierungsbehörde (SAS)	-	X	-	X
Qualitépalliative	X	-	X	-
Qualitätsmonitoring beider Basel	X	X	X	X
Weitere Qualitätsberichte				
H+-Bericht	X	X	X	X

* Derzeit kein Angebot über den ANQ

Schwerpunktthemen 2025

- Umsetzung Q-Vertrag nach Art. 58a KVG
- Projekte (u.a. aus Q-Vertrag): NosoEX (Händehygiene Monitoring), Markierungsrichtlinien / Sichere Chirurgie, FeM-Konzept- Implementierung alle Abteilungen, Systematische Suizidprävention (A3), Dekubitusprävention, Ausrichtung nach QVM (Standardisierung Dokumentation / Messungen), PROMs, Konzepterstellung und Zuordnung im Handlungsfeld
- Ablösung der Zufriedenheitsbefragung durch Dauerbefragung mit ANQ-PREMS
- Compliance-Prüfungen: Patientenarmband, Übergaben / IPASS Modell, PYMS

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG

Deklaration und Publikation der Qualitätsentwicklung nach QV Art.58a KVG: Stand Ende Jahr (31.12.2025).

Selbstdeklaration ¹ : 10.11.2025		Externe Überprüfung QV58a KVG ²		Prüfstelle	Kommentar Spital
	Ergebnis				
Qualitätsmanagementsystem	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
Qualitätskultur	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Mitarbeitendenbefragung	✓				
▪ Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	✓				
▪ Qualitätszirkel	✓				
Patientensicherheit	-	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Checkliste sichere Chirurgie	✓				
▪ Dekubitusprävention FHV	⚙				
▪ Freiheitsbeschränkende Massnahmen	✓				
▪ Management der Mangelernährung	✓				
▪ Strukturelle Mindestanforderungen zur HAI Prävention	✓				

Erläuterungen

Die Selbstdeklaration (1) erfolgt jährlich. Die Spitäler und Kliniken deklarieren, welche Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) sie umsetzen und welchen Implementierungsstand diese haben. Zudem geben sie auch Auskunft darüber, welchen Implementierungsstand die Qualitätskonzepte pro Handlungsfeld haben: ⚙ = in Umsetzung, ✓ = umgesetzt.

Alle Spitäler und Kliniken sollen zudem mindestens alle 8 Jahre an einer externen Überprüfung (2) teilnehmen. Die Auswahl erfolgt sowohl nach Zufallsprinzip als auch aufgrund von ANQ-Messergebnissen. Ergebnisse der externen Überprüfung werden jeweils nur während zwei Jahren nach der Durchführung online publiziert:

Dimension kontinuierliche Verbesserung 1: Fehlende Implementierung / 2: Umsetzungsplan mit angemessenem Zeitplan vorhanden (Plan) / 3: Mindestanforderungen sind implementiert (Do) / 4: Die Wirksamkeit wird überprüft (Check) / 5: Korrekturmassnahmen werden definiert und umgesetzt (Act)

Dimension Betriebsdurchdringung 1: Fehlende Implementierung / 2: Mind. 1 Pilotbereich / 3: Einführung in mind. 50% der Bereiche / 4: Einführung in mind. 75% der Bereiche / 5: Vollständige Einführung

4.2 Teilnahme an nationalen Messungen

Im [ANQ](#) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorinnen- und direktorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen prio.swiss und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen (Outcome) in Spitälern und Kliniken und die vergleichende Ergebnispublikation. Ziel ist es, ein innovatives Leistungsangebot für Mitglieder und die ihnen angeschlossenen Organisationen sicherzustellen, um sie bei ihren Aufgaben zur Etablierung einer wirkungsvollen, patientenorientierten Qualitätsentwicklung zu unterstützen. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln «Nationale Befragungen» bzw. «Nationale Messungen» und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:	
<i>Akutsomatik</i>	
▪	Nationale Elternbefragung im Kinderbereich, Akutsomatik
▪	Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen
<i>Psychiatrie</i>	
▪	Kinder- und Jugendpsychiatrie
–	Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie für Kinder / Jugendliche / Eltern
–	Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM)
–	Symptombelastung psychischer Störungen

4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:	
▪	ANQ-Messungen

4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenerfahrung</i>
▪ Feedback zur Behandlung und Aufenthalt im UKBB ▪ Kinderfragebogen "Deine Meinung ist gefragt"
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
▪ Fallzusammenführung
<i>Weitere Qualitätsmessung: Psychiatrie</i>
▪ Beschwerden
<i>Weitere Qualitätsmessung: Akutsomatik</i>
▪ Beschwerden

4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Grundstandard SanaCERT Suisse: Qualitätsmanagement

Ziel	<i>Kontinuierliche Verbesserung</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Ganzes Spital</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>laufend</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Das UKBB verfügt über ein systematisch aufgebautes Qualitätsmanagementsystem und entwickelt dieses kontinuierlich weiter.</i>
Methodik	<i>PDCA-Zyklus, das Qualitätsmanagementsystem wird von der obersten operativen Führungsebene mitgetragen, Qualitäts- und Risikokommission mit regelmässigen Sitzungen, die Mitarbeitenden werden in die Qualitätsarbeit einbezogen.</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Alle Mitarbeitenden des UKBB.</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023.</i>
Weiterführende Unterlagen	<i>Projekte: Patient Reported Outcome Measures (PROMs), "Mehr Zeit am Patienten" mit Lean Management, IPASS, PYMS, Überprüfung der Compliance verschiedenster Themen, Einführung PREMs als Dauerbefragung, Neuer RM-Prozess</i>

Durchführung Internes Audit

Ziel	<i>Fördern von Qualitätsverbesserungen, Sicherstellung der Einhaltung von Vorschriften, Aufnahme des IST-Zustandes der Umsetzung der SanaCERT Suisse Norm, Bewertung des PDCA-Zyklus bzw. der Weiterentwicklung der Qualitätsstandards</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Gesamtes UKBB</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Seit 2004</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Methodik	<i>Befragung der Standardgruppen SanaCERT Suisse, Interviews mit Mitarbeitenden des UKBB</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Alle Berufsgruppen</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Die Wirksamkeit bzw. Umsetzung von Massnahmen aus den Vorjahren werden überprüft</i>

Standard 1 SanaCERT Suisse: Infektionspräventionsprävention und -kontrolle

Ziel	<i>"Infektionen vermeiden. Gesundheit schützen"</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Ganzes Spital</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Laufend</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Prävention von nosokomialen Infektionen, Mitarbeitende für spitalhygienisch relevante Themen fortlaufend sensibilisieren</i>
Methodik	<i>PDCA-Zyklus, Erfassung postoperativer Wundinfektionen (Swissnoso) nach Appendektomie im Auftrag von ANQ, Erfassung aller Infektionen durch relevante Erreger mit Selektion der nosokomialen Zuordnung</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Spitalhygiene und alle Mitarbeitende</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023.</i>
Weiterführende Unterlagen	<i>Projekte: Erfassung von ZVKs und Central line associated bloodstream infections (CLABSI-Surveillance), Ausbruchstracking, Händehygiene Compliance Monitoring (NosoEx), Umsetzung der Anforderung Swissnoso</i>

Standard 11 SanaCERT Suisse: Umgang mit kritischen Ereignissen (CIRS)

Ziel	<i>«Aus (potenziell) kritischen Ereignissen lernen»</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Ganzes Spital</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Laufend</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Patientensicherheit: Sensibilisierung für kritische Zwischenfälle, Förderung der anonymen Berichterstattung, Konstruktive Analyse der Zwischenfälle, Verbesserung für unser Arbeitssystem erarbeiten und formulieren, Steigerung der Behandlungsqualität und -sicherheit für unsere Patient*innen</i>
Methodik	<i>CIRS-Meldesystem</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Alle Mitarbeitenden mit Patientenkontakt</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023</i>
Weiterführende Unterlagen	<i>Neues CIRS Meldesystem mit Massnahmenverfolgung und Wirksamkeitsprüfung eingeführt, CIRS-Reporting, CIRS-Konferenzen,</i>

Standard 12 SanaCERT Suisse: Mitarbeitende Menschen - Human Resources

Ziel	<i>Führung, Förderung und Schutz der Mitarbeitenden</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Ganzes Spital</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Laufend</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Beziehungsgestaltung zwischen Mitarbeitenden und dem Spital als Organisationseinheit, der Standard enthält Elemente der Führung, der Förderung und des Schutzes von Mitarbeitenden.</i>
Methodik	<i>Verschiedene Projekte wie die Einführung des elektronischen Personaldossier, Führungsschulungen, laufend verschiedene Angebote zur Gesundheitsförderung (Burnout Präventionskampagne), Mitarbeitendenbefragung</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Alle Mitarbeitende, inbes. Führungspersonen</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023.</i>
Weiterführende Unterlagen	<i>Projekte: Optimierung Rekrutierungskanäle, Mitarbeitenden Umfrage, Employer Branding, Führungsschulungen, Partizipative Dienstplanung, Digitalisierung der HR-Prozesse</i>

Standard 13 SanaCERT Suisse: Patienteninformationen

Ziel	<i>Unsere Patient*innen und Eltern sind gut informiert.</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Ganzes Spital</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Laufend</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Aufklärungs- und Informationspolitik: Der Standard definiert wichtige Eckpunkte der ärztlichen Aufklärung, Eltern und Patient*innen werden vor allen invasiven Massnahmen zur Diagnose, Behandlung und Therapie angemessen informiert (= ärztliche Aufklärung) und können dadurch ihr Recht auf Entscheidung und Mitsprache wahrnehmen (informed consent), Eltern und Patient*innen erhalten Informationen (= Patienteninformationen), die ihnen beim Umgang mit einer Krankheit und der Genesung behilflich sind.</i>
Methodik	<i>Ärztliches Aufklärungskonzept und Eltern-/Patienteninformationen, fortlaufende Überprüfung des Bedarfs an ärztlichen Informationsblättern, standardisierter Ablauf bei Erstellung und Aktualisierung von pflegerischen Patienteninformationen</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Ärzterschaft, Pflegefachkräfte</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023.</i>
Weiterführende Unterlagen	<i>Ärztliches Aufklärungskonzept, Informationsblätter für Eltern. Projekte: Erfassen und Vereinheitlichen und Aktualisierung aller Patienteninformationen, Ablage aller Patienteninformationen auf der Website, Digitalisierung aller Patienteninformationen</i>

Standard 14 SanaCERT Suisse: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfalstation

Ziel	<i>"Die Notfalstation als Aushängeschild"</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Interdisziplinäre Notfalstation</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Laufend</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Die Notfalstation stösst durch hohe Patient*innenzahlen an räumliche und personelle Kapazitätsgrenzen. Insbesondere die Patient*innen des ATS-Triage-Score 4 und 5 (der nicht-lebensbedrohlichen Erkrankungen) kommen in hoher Zahl vor und binden Zeit und Ressourcen für die Behandlung der lebensbedrohlichen Patient*innen</i>
Methodik	<i>Erfassung von „Overcrowding“ Situationen, Monitorisierung von durchschnittlichen maximalen Wartezeiten bis zum ersten Arztkontakt, die durch den ATS vorgegeben sind.</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Ärztenschaft, Pflegefachkräfte</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023.</i>
Weiterführende Unterlagen	<i>Projekte: Inbetriebnahme Notfall-Betrieb-2 und organisatorische und räumliche Trennung von Patient*innen unterschiedlichster Triage-Kategorien (abgeschlossen), Einführung von Anzeigetafeln (abgeschlossen), Wirksamkeitsüberprüfung Notfall-Betrieb-2</i>

Standard 25 SanaCERT Suisse / Seit Feb 2025, Label: Qualität in alliative Care bei qualitépalliative

Ziel	<i>Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und Begleitung für Kinder, Eltern und Angehörige</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Ganzes Spital</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Laufend</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Eine wirkungsvolle pädiatrische Palliativversorgung ist nur mit einem breiten multidisziplinären Ansatz möglich, der die Familie und alle öffentlichen Ressourcen mit einbezieht.</i>
Methodik	<i>PDCA-Zyklus</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Interdisziplinäres Team</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023.</i>
Weiterführende Unterlagen	<i>Konzept Palliative Care, Projekt: Weitere Zertifizierung Qualité Palliative (abgeschlossen)</i>

Standard 26 SanaCERT Suisse: Sichere Medikation

Ziel	<i>Unsere Patient*innen erhalten die richtigen Medikamente zur richtigen Zeit in der richtigen Dosierung.</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Alle Stationen</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Laufend</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Gewährleistung der Patientensicherheit</i>
Methodik	<i>Medikationsassoziierte CIRS-Meldungen, Anwendung des Patientenidentifikationsarmbandes, Elternzufriedenheit zur Medikamenteninformation, In Evaluation: Anteil Verordnungen über Pädiatrie-Erweiterung / Standard-Parenteralia-Verordnungen (Mix)</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Ärzeschaft, Pflegefachkräfte</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023.</i>
Weiterführende Unterlagen	<i>Projekte: Monitoring und Optimierung eMedikation, Einführung der eMedikation auf der Neonatologie, Evaluation Typ und Häufigkeit von elektronischen Verordnungsfehlern zur Schulungsverbesserung</i>

4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2000 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

4.5.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)

Patient-reported Outcome Measures (PROMs) messen die von Patient:innen individuelle, subjektive Wahrnehmung einer Behandlung auf die Lebensqualität. Neben anderen Indikatoren messen sie die Behandlungsqualität und geben ein Abbild der Lebensqualität der Patient:innen entsprechend ihren individuellen Werten, Präferenzen und Vorstellungen. Die Messung erfolgt mittels standardisierter, international validierter Fragebögen zum subjektiven Gesundheitszustand vor, während und nach einer Behandlung. Die Erfassung und Analyse von PROMs haben einen vielfältigen Nutzen. Sie helfen beispielsweise die Kommunikation und Shared-Decision-Making mit den Patient:innen zu verbessern. Zudem erhält das medizinische Fachpersonal eine zeitnahe Rückmeldung über den Behandlungserfolg aus Sicht der Patient:innen und kann weitere Schritte einleiten.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgenden PROM-Messungen durchgeführt/geplant:					
Krankheitsbild	Leistungsbereich	Behandlungspfad(e)/Klinik(en)	Verwendete Score(s)	Seit/Ab	Kommentare
Allgemein	Allgemein pädiatrisch	Orthopädie	KIDSCREEN-27	Beginn: November 2022 als Pilot, Messung: 2024 / 2025	Der Fragebogen wird in zwei Ausführungen (1x Version für Eltern, 1x Version für Kinder) eingesetzt. Sofern Fragebögen verfügbar, werden sie auf DE, FR, IT und EN angeboten.
Cerebralparese, mit Gehfähigkeit	Allgemein pädiatrisch	Orthopädie	GOAL	2024 / 2025	Der Fragebogen wird in zwei Ausführungen (1x Version für Eltern, 1x Version für Kinder) eingesetzt. Sofern Fragebögen verfügbar, werden sie auf DE, FR, IT und EN angeboten.
Beschwerden am Sprunggelenk oder Fuss	Allgemein pädiatrisch	Orthopädie	OxAFQ-C	2024 / 2025	Der Fragebogen wird in zwei Ausführungen (1x Version für Eltern, 1x Version für Kinder) eingesetzt. Sofern Fragebögen verfügbar, werden sie auf DE, FR, IT und EN angeboten.
Schwere Beeinträchtigungen	Allgemein pädiatrisch	Orthopädie	CPCHILD	2024 / 2025	Version für Eltern, sofern Fragebögen verfügbar, werden sie auf DE, FR, IT und EN angeboten.

<i>Beschwerden am Kniegelenk</i>	<i>Allgemein pädiatrisch</i>	<i>Orthopädie</i>	<i>KOOS-Child</i>	<i>2024 / 2025</i>	<i>Version für Kinder, sofern Fragebögen verfügbar, werden sie auf DE, FR, IT und EN angeboten.</i>
<i>Skoliose</i>	<i>Allgemein pädiatrisch</i>	<i>Orthopädie</i>	<i>SRS-22r</i>	<i>2024 / 2025</i>	<i>Version für Kinder, sofern Fragebögen verfügbar, werden sie auf DE, FR, IT und EN angeboten.</i>

4.6 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Die aufgeführten Register sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	<i>vor 2010</i>
anresis.ch ANRESIS: Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen	Alle Fachbereiche	Institut für Infektionskrankheiten, Bern www.anresis.ch www.infect.info	<i>n. b.</i>
CH-SUR Hospital-based surveillance of COVID-19 in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kinderchirurgie, Herz- und thorak. Gefässchir., Kinder- und Jugendmedizin, Kardiologie, Intensivmedizin, Geriatrie	Université de Genève Bundesamt für Gesundheit BAG www.unige.ch/medecine/hospital-covid/ file:///C:/Users/clb/Downloads/Covid-19%20Spital%20Report%20-%202020.pdf	<i>seit Beginn, aktuell keine Eingaben</i>
CICH-Datenbank Schweizerisches Cochlear Implant Register	ORL	ORL-Klinik Zürich www.orl-hno.ch	<i>seit Beginn</i>
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	<i>1998, seit Beginn</i>
JIR Cohorte JIR Cohorte	Ophthalmologie, Kinder- und Jugendmedizin, Allergologie/Immunologie, Rheumatologie	Fondation Rhumatismes-Enfants-Suisse www.fondationres.org	<i>Seit 2023 werden keine Daten eingegeben, da das Ethikvotum derzeit erneuert wird</i>
KTRZ Knochentumor-Referenzzentrum	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- +	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/ueber-uns/bereiche/medizin...	<i>vor 2010</i>

der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie	Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie		
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	<i>seit 2009</i>
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	<i>seit Beginn</i>
Neonatal Registry Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php...	<i>seit 2000</i>
SAfW DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch	<i>2012</i>
SHCS Schweizerische HIV Kohortenstudie	Infektiologie	Schweizerische HIV Kohortenstudie www.shcs.ch	<i>1989</i>
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie ibdc cohort.ch/	<i>n. b.</i>
SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	<i>seit 2005</i>
SPAC Schweizer Pädiatrische Atemwegsstudie	Kinder- und Jugendmedizin	Institute for Social and Preventive Medicine www.ispm.unibe.ch	<i>2017</i>
SPNR Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister	Prävention und Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Nephrologie, Pädiatrische Nephrologie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern www.kindernierenregister.ch	<i>seit 1996</i>
SPSU Swiss Paediatric Surveillance Unit	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infekti...	<i>seit 1995</i>
SRSK Schweizer Register für Seltene Krankheiten	Alle Fachbereiche	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) www.ispm.unibe.ch/research/research_registries_a...	<i>Erster Commitment Letter von 2020, das Register hat bisher noch</i>

			<i>kein definitives Ethikvotum</i>
Swiss-CP-Reg Schweizer Cerebralparese Register	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys.Med. u. Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Neuropathologie, Neuropädiatrie, Entwicklungspädiatrie, Rehabilitation	Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern www.swiss-cp-reg.ch/	2021
Swiss-Reg-NMD Swiss Registry for Neuromuscular Disorders	Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys.Med. u. Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Medizinische Genetik, Kardiologie, Pneumologie	Institut für Sozial und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern www.swiss-reg-nmd.ch	2017
SwissNeoNet Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.swissneonet.ch	2002 od. 2005
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	n.b.
ZDR Zentrales Dosisregister	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Gesundheit www.bag.admin.ch	seit 1989

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KRBB Krebsregister beider Basel (Basel-Stadt und Basel-Landschaft)	Alle	www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/organisation/bewilligungen-und-s...
SKKR Schweizer Kinderkrebsregister	Alle	Kinderkrebsregister www.kinderkrebsregister.ch

Bemerkungen

Das UKBB nimmt neben den der FMH offiziell gemeldeten an folgenden weiteren Registern teil:

- COSS Register (Klinisches Register für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Osteosarkomen und biologisch verwandten Knochentumoren)
- CWS-Register SoTiSaR (A registry for soft tissue sarcoma and other soft tissue tumours in children, adolescents, and young adults), Teilnahme seit

2011

- *ECFS Patient Registry (The European Cystic Fibrosis Society Patient Registry), Teilnahme seit 2016*
- *EU-RHAB Register (European Rhabdoid Registry), Teilnahme seit 2013*
- *ICIS Splenectomy Registry, Teilnahme seit 2010*
- *INFORM Registry (Individualized Therapy for Relapsed Malignancies in Childhood), Teilnahme seit 2017*
- *KRANIOPHARYNGEOM Registry 2019 (Multicenter Registry for Patients With Childhood-onset Craniopharyngioma, Xanthogranuloma, Cysts of Rathke's Pouch, Meningioma, Pituitary Adenoma, Arachnoid Cysts), Teilnahme seit 2020*
- *MYKKE-Register (Multizentrisches Register für Kinder und Jugendliche bei Verdacht auf Myokarditis)*
- *PARC-ITP registry (Pediatric and Adult Intercontinental Registry on Chronic ITP), Teilnahme seit 2003*
- *STEP Register (Register für Seltene Tumorerkrankungen in der Pädiatrie), Teilnahme seit 2013*
- *Swiss Autoimmune Liver Disease (AILD) Cohort Study (Patienten mit Autoimmunhepatitis (AIH) und verwandten Autoimmun-Lebererkrankungen), Teilnahmebeginn n. b.*
- *POOMAS, (international registry on pediatric onset opsoclonus myoclonus ataxia syndrome) Teilnahme seit 2022*

4.7 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
SanaCERT Suisse	Qualitätsmanagement	2004	2023	Gültig bis 2027
Ausgezeichnet für Kinder	ganzes Spital	2012	2026	Gültigkeit für die Jahre 2026/2027
qualitépalliative	ganzes Spital bzw. mobile Dienste	2024	2024	Gültig bis 23.02.2030
JACIE	Hämatologie/ Onkologie	2004	2021	Mindestanforderung 5 Patienten pro Jahr konnte nicht erreicht werden, es gilt eine «conditional accreditation» bis zur nächsten Re-Akkreditierung 2026.
SGL-Zertifikat Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin	pädiatrische Intensivstation	2019	2019	Letzte Visitation: 25.09.2024, Auflagen umgesetzt und eingereicht; Entscheid/Bestätigung ausstehend.
Komitee für die Akkreditierung von Neugeborenen-stationen (CANU)	Neonatologie	2012	2024	Swiss Society of Neonatologie, Akkreditierung, gültig bis 2029
Akkreditierung ISO 15189:2012	Pädiatrielabor	2017	2027	Die Begutachtung zur Erneuerung der Akkreditierung ist spätestens bis Februar 2027 notwendig.
QUALAB	Pädiatrielabor	vor 2005	2025	zweimal Jährlich eine FAMH Supervision
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	ganzes Spital	2005	2017	

<i>ASA / Branchenlösung von Branchenverband H+</i>	<i>ganzes Spital</i>	<i>2005</i>	<i>2015</i>	<i>Am 1.1.2022 ist das UKBB der Branchenlösung des Branchenverbands H+ beigetreten. Zielsetzung ist es, weiterhin die Umsetzung der EKAS-Richtlinie 6508 zu gewährleisten. Eine erste Zertifizierung durch den Branchenverband H+ erfolgt voraussichtlich 2027.</i>
<i>H+ REKOLE</i>	<i>Betriebliches Rechnungswesen im Spital</i>	<i>2015</i>	<i>2023</i>	<i>Gültig bis 07. Juni 2027</i>

Bemerkungen**Weitere Anerkennungen**

- *Kosek (Nationale Koordination Seltene Krankheiten): Strukturiertes Anerkennungsverfahren mit definierten Anforderungen, bei dem die Anerkennung durch die kosek auf nationaler Ebene erfolgt. Das USB und das UKBB sind mit ihrem gemeinsamen Zentrum für seltene Krankheiten als Teil dieses schweizweiten Netzwerks vertreten. Anfang 2026 wurden sieben neue Referenzzentren für seltene Krankheiten anerkannt.*

QUALITÄTSMESSUNGEN

Erhebung der Patientenerfahrung

5 Patientenerfahrung

PREMs (Patient Reported Experience Measures) machen die Patientenperspektive sichtbar und zeigen, wie Patientinnen und Patienten die erbrachten Gesundheitsleistungen erleben. Die Befragungsergebnisse bieten den Spitälern und Kliniken eine verlässliche Basis, um Massnahmen zur Qualitätsverbesserung anzustossen, ihre Dienstleistungen weiterzuentwickeln und die Patientenzentriertheit zu stärken.

5.1 Eigene Befragung

5.1.1 Feedback zur Behandlung und Aufenthalt im UKBB

Erfassung Elternrückmeldungen (Online-Fragebogen)

Patienten und Patientinnen sowie deren Eltern haben die Möglichkeit, ihren stationären oder ambulanten Aufenthalt sowie die Behandlung mittels Online-Fragebogen zu bewerten. Der Fragebogen ist auf der Website des UKBB zu finden. Regelmässig werden ca. 300 Eltern aus dem stationären und ambulanten Bereich per Mail angeschrieben und mit dem Link zur Online-Befragung um Teilnahme gebeten. Befragt werden sechs Bereiche mittels 27 Fragen: Einweisung und Empfang / Information und Kommunikation / Betreuung und Behandlung / Abläufe und Zuständigkeiten / Austrittsplanung und Austrittsinformation sowie Gesamteindruck. Der Fragebogen wird anonym ausgefüllt. Es kann eine Kontaktaufnahme durch das Qualitäts- und Beschwerdemanagement gewünscht werden.

Feedback Flyer

Der Flyer Feedback im UKBB "Ihre Meinung ist uns wichtig" richtet sich an Eltern oder Angehörige sowie auch Patientinnen und Patienten ab ca. 12 Jahren und kann in Papierform ausgefüllt werden. Der Flyer kann anonym oder mit Wunsch einer Kontaktaufnahme durch das Qualitäts- und Beschwerdemanagement ausgefüllt werden. Die wichtigen Rückmeldungen der Eltern und Kindern bzw. Jugendlichen helfen, Prozesse laufend zu verbessern und Gutes zu bewahren.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Stationärer und ambulanter Bereich.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Es gibt keine Ausschlusskriterien.

Messergebnisse

Im Jahr 2025 verzeichnete die Online-Befragung insgesamt 486 Rückmeldungen, was einer Rücklaufquote von 13,4 % entspricht (2024: 681 Rückmeldungen; 17,7 %). Trotz des leicht gesunkenen Rücklaufs bleibt die Gesamtzufriedenheit mit Werten zwischen 85,0 % und 86,4 % auf einem sehr hohen Niveau stabil (2024: 85,8 %). Die leichten Schwankungen im Gesamtwert ergeben sich primär aus methodischen Anpassungen bei der Bewertung der Parkplatzsituation (Berücksichtigung von Velo- vs. Autoparkplätzen).

Zusätzlich zu den digitalen Rückmeldungen gingen bis Ende 2025 insgesamt 82 physische Elternflyer (2024: 85) bei der Abteilung Qualität & Recht ein, deren Rückmeldungen das positive Gesamtbild stützen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.1.2 Kinderfragebogen "Deine Meinung ist gefragt"

Der Kinderfragebogen ist kinderfreundlich gestaltet und richtet sich an Kinder im Alter zwischen 4 und 12 Jahren. Er umfasst Fragen zu folgenden Themenbereichen: Empfang und Aufenthalt im Spital / Essen und Zimmereinrichtung / Mitreden und Zuhören / Umgang mit Schmerzen.

Die Kinder können "Smileys" ankreuzen und auch offene Textbausteine zum Schreiben benutzen. Die offene Textbausteine werden von den Kindern gerne genutzt oder das UKBB wird mit schönen Zeichnungen beschenkt. Die Kommentare der Kinder und Jugendlichen werden monatlich im Intranet aufgeschaltet.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Stationärer und ambulanter Bereich.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Der Kinderfragebogen eignet sich für alle Kinder, die schreiben oder die mit Hilfe der Eltern den Fragebogen ausfüllen können.

Messergebnisse

2025 erhielt die Abteilung Qualität & Recht rund 160 Rückmeldungen (2024: 157).

Das Feedback der Patient*innen ist äusserst positiv: Besonders hervorgehoben wurden die Herzlichkeit der Ärzt*innen sowie die Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals. Highlights des Aufenthalts waren die Besuche der Spitalclowns, das Aquarium und die Villa Kunterbunt. Auch das Spielangebot, die Bücherausleihe sowie die Rückzugsorte im Spitalgarten und in den Patios bereiteten grosse Freude. Als Gestaltungswünsche äusserten die Kinder leisere Überwachungsgeräte für die Nacht und farbenfrohere Zimmer.

Zahlreiche Zeichnungen und Dankesschreiben unterstreichen die hohe Wertschätzung für die Betreuung.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)

Qualität & Recht

Sylvia Adam

Beschwerdemanagerin

061 704 29 41

feedback.qualitaet@ukbb.ch

Montag bis Freitag zu den Arbeitszeiten

telefonisch und per Mail.

6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patient:innen das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patient:innen, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich, Akutsomatik

Die Eltern von hospitalisierten Kindern und Jugendlichen beurteilen alle zwei Jahre, wie zufrieden sie mit dem Spital-/Klinikaufenthalt ihrer Kinder waren.

Die Elternbefragung zielt darauf ab, die Erfahrungen von pädiatrischen und kinderchirurgischen Patientinnen und Patienten bis zum Alter von 16 Jahren und deren Eltern oder Erziehungsberechtigten mit einem stationären Aufenthalt zu erfassen. Die Befragungsergebnisse bieten den Spitälern und Kliniken eine verlässliche Basis, um Massnahmen zur Qualitätsverbesserung anzustossen, ihre Dienstleistungen weiterzuentwickeln und die Patientenzentriertheit zu stärken.

Bisher füllten sie dafür den ANQ-Kurzfragebogen mit 5 Fragen aus. Der bisherige ANQ-Kurzfragebogen soll durch ein umfassenderes Befragungsinstrument ersetzt werden. Der neue Fragebogen basiert auf dem bestehenden Befragungsinstrument «Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Survey» (HCAHPS-Child Version). Dieser Fragebogen wurde im Jahr 2025 in enger Zusammenarbeit mit der Expertengruppe Elternbefragung Akutsomatik und der Unisanté übersetzt und qualitativ validiert. Die erste Messung mit dem neuen Fragebogen findet im Frühling 2026 statt. Die erhobenen Daten werden zur quantitativen Validierung des Fragebogens genutzt. Die Ergebnisse dieser ersten Messung werden nicht transparent publiziert. Die ursprünglich für Herbst 2025 geplante letzte Messung mit dem ANQ-Kurzfragebogen wurde sistiert.

Daten aus der Erhebung mit dem neuen Befragungsinstrument werden erst ab dem Jahr 2027 zur Verfügung stehen.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Universitäts-Kinderspital beider Basel \(UKBB\)](#)

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Aufgrund der Sistierung der ANQ-Messung 2025 liegen für diesen Zeitraum keine neuen nationalen Vergleichsdaten vor. Der Fokus liegt aktuell auf der Vorbereitung der Validierungsmessung 2026.

6.2 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie für Kinder / Jugendliche / Eltern

Seit Januar 2021 erheben Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) die Zufriedenheit ihrer jungen Patientinnen und Patienten sowie deren Eltern. Es gibt zwei Fragebogenversionen, einer für die Kinder/Jugendlichen und einer für die Eltern. Sie sind ähnlich aufgebaut und strukturiert.

- **Fragebogen Kinder/Jugendliche**
26 Fragen, die mit Hilfe einer 5er-Skala (zufrieden / nicht zufrieden) beantwortet werden können, dazu drei offene Fragen: Total 29 Fragen, eingeteilt in acht Dimensionen.
- **Fragebogen Eltern**
29 Fragen, die mit Hilfe einer 5er-Skala beantwortet werden können, dazu zwei offene Fragen: Total 31 Fragen, eingeteilt in sieben Dimensionen.

Messfrequenz

Da das Patientenkollektiv relativ klein ist, wird die Befragung während eines ganzen Jahres durchgeführt (1.1. bis 31.12.). Die Befragung startete im Jahr 2021 und findet jeweils im 2-Jahresrhythmus statt.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Universitäts-Kinderspital beider Basel \(UKBB\)](#)

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Eigene Messung

9.1.1 Fallzusammenführung

Die Wiedereintritte werden im Swiss DRG System über Fallzusammenführungen, d. h. gleiche Diagnose bei Wiedereintritt innert 18 Tagen, erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Die Messung findet in der Akutsomatik statt.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

*Patient*innen bei wiederholtem Eintritt innert 18 Tagen mit gleicher Diagnose.*

Messergebnisse

Die Wiedereintritte sind in den letzten Jahren relativ stabil und belaufen sich im Jahr 2025 auf 150 Fälle.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

11 Infektionen

11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen

Bei einer Operation wird die schützende Hautbarriere unterbrochen. Gelangen Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen können das Patientenwohl beeinträchtigen und zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes oder einer Rehospitalisation führen.

Swissnoso führt, im Auftrag des ANQ, Wundinfektionsmessungen nach den folgenden Operationen durch:

- Appendektomie (Blinddarmentfernung)
- Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung)
- Colonchirurgie (Dickdarmchirurgie)
- Rektumoperation (Enddarmoperation)
- Magenbypassoperation
- Sectio caesarea (Kaiserschnitt)
- Hysterektomie (Gebärmutterentfernung)
- Laminektomie mit und ohne Implantat (Wirbelsäulenchirurgie)
- Herzchirurgie
 - Aorto-koronarer Bypass (CABG)
 - Klappenersatz
- Elektive Hüftgelenksprothese
- Elektive Kniegelenksprothese
- Gefässchirurgische Eingriffe an Arterien der unteren Extremitäten (VASCAMI)

Jeder Spital- und Klinikstandort ist verpflichtet, bei Erwachsenen mindestens drei der oben aufgeführten Operationsarten zu überwachen. Die Überwachung von colonchirurgischen Eingriffen (Dickdarmchirurgie) ist für Spitäler mit entsprechendem Angebot verbindlich. Die anderen Eingriffsarten können frei gewählt werden. Bei den gewählten Eingriffsarten ist eine Vollerhebung obligatorisch.

Bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre ist zudem die Erfassung von Appendektomien (Blinddarmentfernungen) obligatorisch.

Der klinische Verlauf wird während und nach dem Spitalaufenthalt systematisch durch medizinische Unterlagen und standardisierte Nachbefragungen verfolgt. Der Beobachtungszeitraum beträgt 30 Tage bei Operationen ohne und 90 Tage bei Operationen mit Fremdmaterial. Die Diagnose erfolgt nach internationalen CDC-Kriterien, die zwischen oberflächlichen und tiefen Infektionen an der Schnittstelle sowie Organ- oder Hohlrauminfektionen unterscheiden.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) und bei [Swissnoso](#) verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Universitäts-Kinderspital beider Basel \(UKBB\)](#)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Information und Sensibilisierung der Mitarbeitenden. Wenn notwendig, Ergreifen von Massnahmen.

Psychiatriespezifische Messungen

Der ANQ-Messplan Psychiatrie wurde im Juli 2012 für die stationäre Erwachsenenpsychiatrie eingeführt und ein Jahr später auf die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgeweitet. In beiden Bereichen – der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie – wird die Symptombelastung gemessen und ihre Veränderung während des stationären Aufenthalts erfasst. Dabei werden sowohl die Einschätzungen der Behandelnden als auch die der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Zusätzlich werden die Art und Häufigkeit von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen dokumentiert. Bei den Messungen handelt es sich um Vollerhebungen. Die erhobenen Daten werden einmal pro Jahr ausgewertet.

Die Messergebnisse der Erwachsenenpsychiatrie werden stratifiziert und getrennt nach Kliniktypen ausgewiesen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt keine Stratifizierung.

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung

14.1

Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM) in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbstoder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

Mit dieser Messung ermittelt der ANQ jährlich den Anteil der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer FM. FM werden unter Berücksichtigung des Kindes- und Erwachsenenschutzes eingesetzt, wenn Patientinnen und Patienten sich selbst oder Dritte gefährden. Die Messergebnisse müssen immer im Kontext betrachtet werden. Das heisst: Weniger FM bedeuten nicht automatisch eine bessere Behandlungsqualität. Im Rahmen der ANQ-Messungen werden folgende FM erfasst: Isolation (psychiatrischen oder infektiologischen/somatischen Gründen), Fixierung, Zwangsmedikation sowie zusätzlich in der Erwachsenenpsychiatrie Festhalten und Bewegungseinschränkungen im Stuhl und Bett.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) verfügbar.

Zu den Messergebnissen:

- [Kinder- und Jugendpsychiatrie](#)

14.2 Symptombelastung psychischer Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie, und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Symptombelastung zeigt Anzahl und Schweregrad der Symptome einer psychischen Störung. Die Messung erfolgt anhand einer Fremd- und Selbstbeurteilung. Zur Fremdbeurteilung wird der Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) im Erwachsenenbereich und der Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) verwendet. Die Selbstbeurteilung wird in der forensischen Psychiatrie und in der Alterspsychiatrie nicht erhoben. Bei den weiteren Kliniken des Erwachsenenbereichs wird die Symptombelastung bei den Patientinnen und Patienten mit der Brief-Symptom-Checklist (BSCL) erfasst. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird die Selbstbeurteilung der Symptombelastung mit der Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating (HoNOSCASR) erhoben. Aus der Fremd- und Selbstbeurteilung ergibt sich ein Differenzwert, der die Veränderung der Symptombelastung abbildet. Ein höherer Differenzwert weist auf eine höhere Wirksamkeit der Behandlung hin als ein tieferer.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) verfügbar.

Zu den Messergebnissen:

- [Kinder- und Jugendpsychiatrie](#)

Weitere Qualitätsaktivitäten

16 Weitere Qualitätsmessung

16.1 Weitere eigene Messung

16.1.1 Beschwerden (Akutsomatik, Psychiatrie)

Das UKBB verfolgt ein systematisches Beschwerdemanagement, bei dem jede Eingabe, ob schriftlich telefonisch oder mündlich, sorgfältig überprüft wird. Im persönlichen Dialog mit den Eltern werden individuelle Massnahmen und deren Umsetzung vereinbart. Die Beschwerdemanagerin stellt dabei eine kontinuierliche Betreuung sicher, mit dem Ziel, das Anliegen bestmöglich und zur Zufriedenheit aller Beteiligten abzuschliessen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Alle Stationen und Abteilungen sind in das Beschwerdemanagement eingeschlossen.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Es gibt keine Ausschlusskriterien.

Messergebnisse

2025 erfasste die Abteilung Qualität & Recht 170 Beschwerden (2024: 155).

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

17 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

17.1.1 Umsetzung des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG

Der Qualitätsvertrag legt mit seinen Anhängen die Rahmenbedingungen für ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) fest und definiert Ziele sowie Mindestanforderungen im Bereich Gouvernance und in den vier zentralen Handlungsfeldern Qualitätskultur, Patientensicherheit, evidenzbasierte Entscheidungsfindung und Patientenzentriertheit. Pro Handlungsfeld sind eine festgelegte Anzahl obligatorischer und/oder zusätzlicher Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) umzusetzen. Die Massnahmen müssen von H+ anerkannt sein.

Das UKBB arbeitet seit der Genehmigung intensiv an der Umsetzung. Viele QVM sind bereits eingeführt, die Implementierung der neuen Anforderungen befindet sich in der Umsetzung. Der Schwerpunkt wird zukünftig auf der Festlegung und Verschriftlichung von Prozessen und der systematischen Wirksamkeitsüberwachung der Massnahmen im Sinne des PDCA-Zyklus liegen. Ziel und Herausforderung ist es, die Anforderungen praxisnah und wirksam umzusetzen und rein administrative Arbeiten ohne Mehrwert zu vermeiden. Die Mitglieder der GL bzw. des Grundstandards werden regelmässig über den Stand der Umsetzung sowie über noch fehlende Elemente orientiert. Die Verantwortlichen setzen die Anforderungen mit Engagement um, um die Vorgaben termingerecht zu erfüllen.

17.1.2 Risikomanagement-Prozess

Jahr 2024 wurde der langjährig bestehende Risikomanagement-Prozess überarbeitet und zunächst in einer Testphase umgesetzt, siehe Qualitätsbericht 2024.

Im Jahr 2025 erfolgten kleinere Optimierungen und die Erstellung eines neuen Reglements zur aktuellen Vorgehensweise. Parallel zur QRK befassten sich die Verantwortlichen des Grundstandards mit der Frage, wie die Sensibilisierung für das Risikomanagement gesteigert und eine aktive Beteiligung der MA gefördert werden kann. Um die Transparenz zu erhöhen wurde eine neue Internetseite eingerichtet, welche das Reglement und die Prozesse anschaulich darstellt. Über einen integrierten Button können Mitarbeitende erkannte Risiken direkt melden. Gezielte Beiträge auf der Intranet News- Seite rufen regelmässig zur Teilnahme auf. Der jährlich von der GL und vom VR genehmigte Bericht wird künftig im Intranet veröffentlicht, um sicherzustellen, dass alle Mitarbeitenden über die Einsichtsmöglichkeit und über die für ihren Fachbereich spezifischen Risiken informiert werden. Zur weiteren Verankerung des Risikomanagements wird im 2026 ein E- Learning Modul entwickelt, welches die MA für den Umgang mit Risiken sensibilisiert.

17.1.3 Dokumentenlenkung und Prozessmanagement

Das eDoc-Board, das 2023 zur Optimierung der Dokumentenlenkung gegründet wurde, konzentrierte sich 2025 auf die Validierung einer neuen Softwarelösung auf Basis von SharePoint. Dabei wurde geprüft, ob der Workflow der Dokumentenlenkung, bestehend aus Prüfung, Überarbeitung und Wiedervorlagefrist, wie bisher integriert und umgesetzt werden kann und ob die Such- und Filterfunktionen innerhalb von Ordnern eine effiziente Handhabung gewährleisten. Die finalen Testergebnisse bilden die Grundlage für die weitere Implementierung.

Parallel dazu wurde der Prozess „Dokumentenlenkung“ erfolgreich verabschiedet. Dieser soll eine standardisierte Steuerung aller qualitätsrelevanten Dokumente sicherstellen. So wird gewährleistet, dass Dokumente nachvollziehbar geprüft, freigegeben und aktualisiert werden können. Die entsprechenden Dokumentenvorlagen sollen im Laufe des Jahres 2026 angepasst werden, um eine einheitliche und effiziente Handhabung im UKBB sicherzustellen.

Die vollständige inhaltliche Überarbeitung und Migration, wie als Q-Ziel 2025 definiert, konnte aufgrund begrenzter Ressourcen noch nicht abgeschlossen werden. Dennoch wurde der Fortschritt im Jahr 2025 von 39 % auf rund 70 % gesteigert. Der Abschluss dieser Arbeiten ist für das erste Quartal 2026 vorgesehen.

Parallel zum Dokumentenlenkungssystem (eDOC und SharePoint) arbeitet die QRK in engem Austausch mit dem eDOC-Board daran, aufzugleisen, wie ein strukturiertes Prozessmanagement auf Grundlage der vollständig überarbeiteten Dokumente umgesetzt werden könnte, wie es derzeit im Q-Vertrag Art. 58a KVG gefordert wird. Ein strukturiertes Prozessmanagement ist in direktem Zusammenhang mit dem Dokumentenlenkungssystem sinnvoll, da es sicherstellt, dass nicht nur einzelne Dokumente, sondern ganze Abläufe transparent, konsistent und regelkonform gesteuert werden. Dies würde die Effizienz erhöhen und Risiken bei der Umsetzung klinischer und administrativer Prozesse verringern. Um eine tragfähige Lösung in Erfahrung zu bringen, finden hierzu Austausche mit anderen Spitälern statt.

17.1.4 Compliance

Siehe Kapitel 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

17.1.5 PREMs-Elternbefragung - Vom ANQ zur internen Dauerbefragung

Wie bereits im Qualitäts-Bericht 2024 erwähnt, plant das UKBB nach Fertigstellung, die neue ANQ PREMs Elternbefragung als interne Dauerbefragung einzusetzen und damit die bestehende interne Elternzufriedenheitsumfrage abzulösen. Dies entspricht auch einem dringenden Wunsch mehrerer Abteilungsleitungen, die aus den bisherigen Ergebnissen keinen Mehrwert mehr ableiten können und die Aussagekraft der aktuellen Umfrage als unzureichend empfinden. Der Vorteil des PREMs-Formats liegt in seiner Validierung und dass objektiv vergleichbare Erfahrungen der Patient*innen erfasst werden können, während die bisherige Zufriedenheitsumfrage vor allem subjektive Eindrücke und Stimmungen erfasst, was ihre Aussagekraft für Qualitätsverbesserungen deutlich einschränkt.

Die erste Durchführung des ANQ ist für Mai/Juni 2026 vorgesehen, gegebenenfalls erfolgen kleinere Anpassungen. Für die anschliessende Implementierung als Dauerbefragung müssen zentrale Punkte geklärt werden, insb. wie der Rücklauf erhöht und dauerhaft auf einem hohen Niveau gehalten werden kann. Ebenso ist festzulegen, mit welchen anderen Kinderspitälern die Ergebnisse verglichen werden können, um Benchmarking zu ermöglichen. Darüber hinaus sind Fragen zu Versandoptionen (z. B. Umgang mit fehlenden E-Mail-Adressen), zur Plattform für die Befragung sowie zu erforderlichen Datenschutzabklärungen zu klären. Besonders relevant bleibt die Bestrebung einer über das ganze Jahr einheitlichen Vorgehensweise, ohne zusätzliche Anpassungen für die zweimonatige ANQ-Erhebung. Die Unterstützung der internen IT wird hierfür unerlässlich sein. Das Thema wird im Jahr 2026 eines der Fokusthemen sein.

17.1.6 Umsetzung Strategie Noso

Die Einhaltung der Swisssoso-Richtlinien ist für Akutspitäler der Standard, um nosokomiale Infektionen (HAI) effektiv zu bekämpfen und ihnen vorzubeugen. Seit Januar 2021 sind national einheitliche Mindeststandards für Akutkrankenhäuser festgelegt. Diese Standards wurden von einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Swisssoso in Zusammenarbeit mit relevanten Fachgesellschaften (SGSH, SSI, SIPI und fibs) erarbeitet. Die Mindeststandards basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie den Empfehlungen des Europäischen Zentrums für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Definiert sind 7 Schlüsselkomponenten:

- Richtlinien und Weisungen
- Material und Ausrüstung
- Organisation der Spitalhygiene und Personalausstattung
- Aufgabenorientierte Schulung
- Audits und Monitoring
- Infektionsüberwachung und Datenauswertung
- Interventionen

Die Spitalhygiene des UKBB verfolgt seit 2023 das Ziel, die Umsetzung der Richtlinien zur Händehygiene systematisch zu überwachen und zu verbessern. Ein wichtiger Meilenstein war das Pilotprojekt „Sani Nudge“ auf der Neonatologie, das 2023 erfolgreich durchgeführt wurde und ursprünglich 2024 auf alle Stationen ausgeweitet werden sollte. Aufgrund der Einstellung der Geschäftsaktivitäten des Anbieters war dies jedoch nicht möglich. Im Jahr 2024 wurde intensiv nach einer alternativen Lösung gesucht. Die Entscheidung fiel auf das System NosoEx (GWA Hygiene), das eine kontinuierliche Überwachung ermöglicht. 2025 erfolgte die Vorbereitung für die Einführung: Vor dem flächendeckenden Rollout wurde ein Pilotprojekt auf Station B beschlossen, um die Zuverlässigkeit der Datenerhebung sicherzustellen. Die Installation der Technik erfolgte im November 2025. Aktuell wird die IT-Anbindung optimiert, um eine stabile Datenübermittlung zu gewährleisten. NosoEx ermöglicht eine objektive und kontinuierliche Messung der Händehygiene-Compliance. Dadurch können Schwachstellen frühzeitig erkannt, gezielte Schulungsmassnahmen abgeleitet und die Patientensicherheit nachhaltig verbessert werden. Die Daten dienen zudem als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen und fördern eine transparente Hygienekultur. Anfang 2026 soll das System vollständig funktionsfähig sein, sodass die Datenerfassung und Compliance-Messung starten kann. Nach erfolgreichem Abschluss des Pilots ist die schrittweise Ausweitung auf die Neonatologie und weitere akutmedizinische Stationen vorgesehen.

17.1.7 Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

Die Einführung von PROMs ist seit den Leistungsvereinbarungen 2021 mit den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft verbindlich. PROMs erfassen den Behandlungserfolg aus Sicht der Patient*innen und sollen die Versorgung stärker an individuellen Bedürfnissen ausrichten.

Seit September 2024 werden in der Neuroorthopädie PROMs mit dem REDCap-System des UKBB erhoben. Die Lösung funktioniert zuverlässig, erfordert jedoch noch erheblichen manuellen Aufwand, weshalb andere externe Anbieter geprüft werden. Eine Schnittstelle zu KISIM kann realisiert werden, wenn die zukünftige Plattform für PROMs feststeht. Im Oktober 2025 wurde beim KISIM-Board eine Anfrage gestellt, um eine automatische Datenübertragung von KISIM nach REDCap zu ermöglichen, diese ist noch in Bearbeitung. Da PROMs ab 2026 bei Einbindung der Rehabilitationsmedizin abrechenbar sind, wird aktuell ein Prozess entwickelt, wie PROM-Berichte in KISIM abgelegt und erstellt werden können.

Das UKBB setzt neben dem generischen Fragebogen KIDSCREEN-27 mittlerweile fünf weitere krankheitsspezifische Fragebögen ein. Sofern verfügbar, werden Fragebögen sowohl für Eltern als auch für Kinder genutzt. Ein detailliertes Reporting wird einmal jährlich an den Kanton BS übermittelt. Im Jahr 2025 nahmen 218 Eltern und 150 Patient*innen am KIDSCREEN-27 teil, die Teilnahme bei krankheitsspezifischen Fragebögen variierte je nach Krankheitsbild zwischen 8 und 44 Patient*innen.

Im Februar 2025 stellte das UKBB den Antrag auf Anerkennung der PROMs als Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM) im Rahmen des QV58a bei H+. Im Oktober 2025 erfolgte die Genehmigung durch H+ und die Versicherer in zwei Handlungsfeldern: Patientenzentriertheit oder evidenzbasierte Entscheidungsfindung, abhängig von Umsetzung und Ziel. Diese Anerkennung schafft Anreize für Spitäler, PROMs einzuführen, fördert ihre breite Anwendung und ermöglicht langfristig eine solide Datengrundlage für die regionale und nationale Koordination. Sie bildet zugleich die Basis für die Entwicklung von Registern, die für Forschung, öffentliche Berichte und Versorgungsstandards genutzt werden können. Die Anerkennung schafft die Grundlage dafür, dass künftig mehr Patient*innen eine stärker patientenzentrierte Versorgung erfahren können.

17.1.8 Monitoring Besiedelungsstatus multiresistente Erreger

Im Jahr 2024 wurden wichtige Anpassungen im Klinikinformationssystem vorgenommen, um die fallübergreifende Identifizierung von Patient*innen mit multiresistenten Erregern sicherzustellen. Dies ermöglicht eine frühzeitige Erkennung und unterstützt die gezielte Behandlung dieser Patient*innen. Zur Verbesserung der Koordination wurde ein wöchentlicher Austausch zwischen der Spitalhygiene und der Abteilung Infektiologie etabliert, um die Betreuung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich klar zu koordinieren. Zusätzlich fand ein Austausch mit dem Universitätsspital Basel (USB) statt, um eine einheitliche Betreuung für gemeinsam betreute Patient*innen zu gewährleisten. Geplant war die Erarbeitung einer gemeinsamen Leitlinie für Prozesse und Verantwortlichkeiten im Jahr 2025. Im Austausch mit dem USB zeigte sich jedoch, dass eine Gesamt-Leitlinie aufgrund des unterschiedlichen Patientenlientels nicht zielführend ist. Die Zusammenarbeit konzentriert sich nun auf die Optimierung der Schnittstellenprozesse. Neu sind auch halbjährliche Treffen mit dem USB vorgesehen, um diese Schnittstellenprozesse kontinuierlich zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

17.1.9 Elektronisches Zuweiserportal

Die Anmeldung von Patient*innen an das UKBB für Sprechstunden aller Fachbereiche sowie radiologische Untersuchungen erfolgt inzwischen zu rund 70 % aller externen Zuweisungen überwiegend elektronisch und automatisiert. Niedergelassene pädiatrische Praxen nutzen hierfür die webbasierte Plattform docbox oder eine Schnittstelle in ihr Praxisinformationssystem. Das System steht grundsätzlich auch Spitälern zur Verfügung, die Patient*innen in UKBB-Sprechstunden zuweisen. Von den zehn wichtigsten externen Zuweisenden verwenden mittlerweile alle die elektronische Anmeldung via docbox, bei den zwanzig wichtigsten liegt die Quote bei 85 %. Auch im Jahr 2025 wurde intensiv daran gearbeitet, die elektronische Anmeldung kontinuierlich zu steigern. Dies trägt wesentlich zur Verbesserung der Qualität der Patient*innendaten bei, schafft die Grundlage für eine höhere Behandlungsqualität und reduziert den administrativen Aufwand durch die interne Schnittstelle in das Primärsystem KISIM/SAP, die seit 2025 verfügbar ist. Gleichzeitig werden Fehlerquellen bei der Datenübertragung minimiert, was die Prozesse insgesamt effizienter und sicherer macht.

17.1.10 Integrales Kapazitätenmanagement (IKM)

IKM ist eine zentrale Einheit zur gesamtheitlichen Planung und Steuerung aller Ressourcen am UKBB, von Betten und Operationssälen über Personal bis hin zu Medizintechnik und Räumen. Ziel ist die optimale Abstimmung aller Kapazitäten, um eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Auf Basis einer abgeschlossenen Vorstudie wurde ein Masterplan zur Einführung von IKM erarbeitet. Die Umsetzung beginnt ab 2026 in einer ersten Phase im Rahmen eines interdisziplinären GL-Projekts. Startpunkt ist die Planung und Steuerung der Betten und OPs, einschliesslich Tagesklinik und verbessertem Notfallabfluss. Weitere Bereiche wie Radiologie und Poliklinik folgen in späteren Phasen.

Das übergeordnete Ziel ist die Sicherstellung eines optimalen Patientenflusses durch eine ressourcenschonende und nivellierende Planung. Damit sollen Überlastungs- und Leerlaufsituationen sowie unnötige Vorhalteleistungen reduziert werden. Gleichzeitig wird eine nachhaltige Entwicklung und Anpassung der Kapazitätsplanung an die spezifischen Bedürfnisse des UKBB angestrebt.

17.1.11 Optimierung Patientenfluss

Im Rahmen eines zweimonatigen GL-Projekts stand die Optimierung des Patientenflusses mit Schwerpunkt auf ambulanten Prozessen im Vordergrund. Ziel war es, nach Lean-Prinzipien und unter Berücksichtigung des Kapazitätsmanagements die Abläufe effizienter zu gestalten. Wichtige Qualitätsziele waren die bereichs- und berufsgruppenübergreifende Optimierung von Prozessen und Rollen entlang des Patientenpfads sowie eine ressourcenschonende Steuerung des Patientenflusses. In einem ersten Schritt wurden Problemfelder entlang der Patient Journey identifiziert und ein Soll-Zustand visualisiert. Dabei wurde auch die Einbindung bestehender und zukünftiger Digitalisierungsmöglichkeiten berücksichtigt, um das Potenzial zur Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung bestmöglich auszuschöpfen. Einige im Projektteam entwickelte Prototypen wurden in der Poliklinik getestet und führten nach Umsetzung zu einem deutlich verbesserten Patientenfluss sowie schlankeren und effizienteren Abläufen. Dazu gehören die Einführung einer neuen Rolle in der Poliklinik als „Floor Manager“, die optimierte Raumnutzung in den Trauma- und Gips-Sprechstunden sowie die Durchführung der Kurzaufnahme (Falleröffnung) ausserhalb des PZM.

17.1.12 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Das BGM besteht seit 2014 als interdisziplinäre Fachgruppe unter Leitung von HR. Im Jahr 2023 konnte die Gruppe personell erweitert werden, wodurch ein breiteres Kompetenzprofil entstand. Aus dem BGM heraus wurden zahlreiche Angebote entwickelt, darunter die Programme „Positive Selbstführung“ und „Positive Leadership“, die nach erfolgreicher Evaluation auch 2023 fortgeführt wurden. Ergänzend kam 2024 ein weiterführendes Angebot hinzu. Ebenfalls 2024 wurde erstmals das gemeinsame Rheinschwimmen durchgeführt, um das „Wir-Gefühl“ zu stärken, eine Aktion, die grossen Zuspruch fand.

Im Jahr 2025 rückte die Burnout-Prävention wieder stärker in den Mittelpunkt, unter dem Titel „Ausbalanciertes Arbeitsleben“. Das Rheinschwimmen wurde erneut angeboten und erfreute sich grosser Beliebtheit.

Für die Planung des BGM-Programms 2026 wurde im Herbst 2025 eine Mitarbeitendenumfrage durchgeführt. Die Rückmeldungen zeigen, dass das bestehende Programm sehr geschätzt und weitergeführt wird. Neu werden Kurse zum Thema Konflikte ergänzt. Das Rheinschwimmen und die BGM-Talks bleiben ebenfalls fester Bestandteil des Programms.

17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

17.2.1 Standard 15: Ernährung

Der Standard Ernährung wurde am UKBB interdisziplinär nach normativer Grundlage von SanaCERT Suisse aufgebaut. Ziel ist eine bedarfsgerechte, ausgewogene und individuell angepasste Ernährung aller stationären Patientinnen und Patienten. Der Aufbau und die Umsetzung des Standards erfolgten im Rahmen der interprofessionellen Standardgruppe mit Vertretungen aus Ärzt*innenschaft, Pflege, Ernährungsberatung, Patientengastronomie/Gastronomie sowie Qualitätsmanagement.

Die Standardgruppe erarbeitete gemeinsam die inhaltlichen Grundlagen, Zuständigkeiten und Schnittstellen. Zentrale Elemente sind:

- eine strukturierte Ernährungsanamnese bei Eintritt,
- das systematische Ernährungsscreening mittels PYMS,
- klar geregelte Rollen und Verantwortlichkeiten zwischen den beteiligten Berufsgruppen,
- sowie verbindliche Prozesse zur Ableitung und Umsetzung ernährungstherapeutischer Massnahmen.

Ein Schwerpunkt im Aufbau lag auf der fachlichen Schulung und Sensibilisierung der beteiligten Berufsgruppen. Dazu wurden Schulungen, standardisierte Informationsgrundlagen sowie digitale Unterstützungsangebote definiert. Die Umsetzung startete fokussiert auf ausgewählten Stationen. Die Wirksamkeit des Standards wird 2026 über definierte Qualitätskennzahlen (u. a. Screening- und Anamneseraten) überprüft.

17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

17.3.1 Fachzertifizierungen

JACIE: Für 2026 strebt das UKBB eine JACIE-Re-Akkreditierung an, nachdem bei der Re-Akkreditierung im Jahr 2021 die geforderte Mindestfallzahl – fünf transplantierte Patientinnen oder Patienten pro Jahr in mindestens fünf der letzten sieben Jahre – nicht erreicht wurde.

ISO 15189 / Akkreditierung Pädiatrielabor: Die Re-Akkreditierung wird spätestens bis Februar 2027 durchgeführt.

18 Schlusswort und Ausblick

Nach intensiven Aufbau- und Umsetzungsphasen in den Vorjahren rückten 2025 vermehrt Fragen der Wirksamkeit, der Nachvollziehbarkeit von Massnahmen sowie deren nachhaltige Verankerung im Arbeitsalltag in den Vordergrund.

Dabei zeigte sich erneut, dass Qualität nicht allein durch einzelne Projekte entsteht, sondern durch konsequente Umsetzung, klar definierte Verantwortlichkeiten und eine kontinuierliche Reflexion. Entsprechend gibt es im Qualitätsmanagement des UKBB kaum Themen, die als vollständig abgeschlossen gelten: Neue Projekte werden in bestehende QM-Strukturen überführt und laufend überprüft, weiterentwickelt und angepasst. Der Umfang qualitätsrelevanter Aufgaben wächst dadurch kontinuierlich.

Diese Entwicklung stellt eine zentrale Herausforderung dar, da das Qualitätssystem stetig komplexer wird. Umso wichtiger ist es, den Überblick über das Wesentliche zu bewahren und den Fokus gezielt zu halten. Vor diesem Hintergrund gewinnt eine bewusste Priorisierung wirkungsvoller Massnahmen weiter an Bedeutung. Ziel ist es, die Qualitätsarbeit so auszurichten, dass sie effiziente und klare Strukturen schafft, welche die Mitarbeitenden im klinischen Alltag unterstützen und entlasten.

Mit diesem Verständnis und dem fortgesetzten Engagement aller Beteiligten ist das Qualitätsmanagement gut aufgestellt, um auch künftig gezielt Impulse zu setzen, bestehende Systeme weiterzuentwickeln und die Qualität der Versorgung nachhaltig zu sichern. Die Abteilung Qualität & Recht bedankt sich herzlich bei allen Mitarbeitenden für ihr kontinuierliches Engagement und zählt auch weiterhin auf den gemeinsamen Einsatz für Qualität und Patientensicherheit am UKBB.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Cochlea Implantate (IVHSM)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Strabologie
Glaskörper/Netzhautprobleme
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien

Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen - Erwachsene (IVHSM)
Gefässe
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Komplexe Chirurgie der Niere
Isolierte Adrenalektomie
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Cystische Fibrose
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Mediastinaleingriffe
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Tumore am Bewegungsapparat
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq 1250g$)
Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und $\geq 1000g$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch: www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (FKQ), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch: www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+ Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+ Plattform www.spitalinfo.ch nahe zu legen.

Weitere Gremien



Die Qualitätsmessungen des **ANQ** wurden aufgenommen und sind im Qualitätsbericht beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**): www.samw.ch.