

## Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

20.05.2026  
Dieter Köberle, Mitglied der Geschäftsleitung, Vorsitz  
Managementteam Claraspital

Version 1



## 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

Frau

Annette Kolb

Leitung Qualität. Zentrenkoordination und klin. Datenmanagement

+41 61 685 86 84

[annette.kolb@claraspital.ch](mailto:annette.kolb@claraspital.ch)

## **Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualittsgeschehen**

Die H+ Qualittsberichtsvorlage 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](https://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](https://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 Aktivittstypen: 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](https://www.anq.ch).

Um das Ausfllen 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](https://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 Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

|                                                                                        |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Impressum .....</b>                                                                 | <b>2</b>  |
| <b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen .....</b> | <b>3</b>  |
| <b>1 Einleitung .....</b>                                                              | <b>6</b>  |
| <b>2 Organisation des Qualitätsmanagements .....</b>                                   | <b>8</b>  |
| 2.1 Organigramm .....                                                                  | 8         |
| 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....                                  | 9         |
| <b>3 Qualitätsstrategie .....</b>                                                      | <b>10</b> |
| 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025 .....                     | 10        |
| 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025 .....                                | 11        |
| 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....                                 | 11        |
| <b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten .....</b>                           | <b>12</b> |
| 4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG .....                                    | 12        |
| 4.2 Teilnahme an nationalen Messungen .....                                            | 13        |
| 4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....                             | 13        |
| 4.4 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen .....            | 14        |
| 4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....                                           | 15        |
| 4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....                                           | 22        |
| 4.6 Registerübersicht .....                                                            | 23        |
| 4.7 Zertifizierungsübersicht .....                                                     | 27        |
| <b>QUALITÄTSMESSUNGEN .....</b>                                                        | <b>29</b> |
| <b>Erhebung der Patientenerfahrung .....</b>                                           | <b>30</b> |
| <b>5 Patientenerfahrung .....</b>                                                      | <b>30</b> |
| 5.1 Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik .....                   | 30        |
| 5.2 Eigene Befragung .....                                                             | 31        |
| 5.2.1 Kontinuierliche Austrittsbefragung der Patientenzufriedenheit (stationär) .....  | 31        |
| 5.2.2 Laufende Kurzbefragung aller PatientInnen mittels QR-Code .....                  | 32        |
| 5.2.3 Kontinuierliche Befragung nach ambulanten operativen Eingriffen .....            | 33        |
| 5.2.4 Kontinuierliche Austrittsbefragung der Patientenzufriedenheit (ambulant) .....   | 35        |
| 5.3 Beschwerdemanagement .....                                                         | 36        |
| <b>6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern</b>                                |           |
| <i>Für unseren Betrieb nicht relevant.</i>                                             |           |
| <b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit .....</b>                                             | <b>37</b> |
| 7.1 Eigene Befragung .....                                                             | 37        |
| 7.1.1 Mitarbeiterbefragung .....                                                       | 37        |
| <b>8 Zuweiserzufriedenheit .....</b>                                                   | <b>38</b> |
| 8.1 Eigene Befragung .....                                                             | 38        |
| 8.1.1 Zuweiserbefragung .....                                                          | 38        |
| <b>Behandlungsqualität .....</b>                                                       | <b>39</b> |
| <b>Messungen in der Akutsomatik .....</b>                                              | <b>39</b> |
| <b>9 Wiedereintritte .....</b>                                                         | <b>39</b> |
| 9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen .....                          | 39        |
| <b>10 Operationen .....</b>                                                            | <b>40</b> |
| 10.1 Eigene Messung .....                                                              | 40        |
| 10.1.1 Komplikationsstatistik .....                                                    | 40        |
| <b>11 Infektionen .....</b>                                                            | <b>41</b> |
| 11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen .....                      | 41        |
| <b>12 Stürze .....</b>                                                                 | <b>42</b> |
| 12.1 Eigene Messung .....                                                              | 42        |
| 12.1.1 Sturzrate .....                                                                 | 42        |
| <b>13 Dekubitus .....</b>                                                              | <b>44</b> |
| 13.1 Eigene Messungen .....                                                            | 44        |

|                                                                |                                                                                                                                              |           |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 13.1.1                                                         | Dekubitusserfassung .....                                                                                                                    | 44        |
| Psychiatriespezifische Messungen .....                         |                                                                                                                                              | 0         |
| 14                                                             | <b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung</b><br><i>Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.</i> |           |
| Rehaspezifische Messungen .....                                |                                                                                                                                              | 0         |
| 15                                                             | <b>Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit</b><br><i>Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.</i>           |           |
| <b>Weitere Qualitätsaktivitäten .....</b>                      |                                                                                                                                              | <b>45</b> |
| 16                                                             | <b>Weitere Qualitätsmessungen .....</b>                                                                                                      | <b>45</b> |
| 16.1                                                           | Weitere eigene Messungen .....                                                                                                               | 45        |
| 16.1.1                                                         | Dauer in Tagen bis Berichtsversand (Akutsomatik) .....                                                                                       | 45        |
| 16.1.2                                                         | Anzahl zusätzlicher Patiententage infolge fehlender Nachbetreuung (Akutsomatik) .....                                                        | 45        |
| 17                                                             | <b>Projekte im Detail .....</b>                                                                                                              | <b>46</b> |
| 17.1                                                           | Aktuelle Qualitätsprojekte .....                                                                                                             | 46        |
| 17.1.1                                                         | ClaraKIS - Einführung eines neuen Klinikinformationssystems .....                                                                            | 46        |
| 17.1.2                                                         | Programm PONTE Integration Claraspital / USB .....                                                                                           | 47        |
| 17.2                                                           | Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025 .....                                                                                  | 48        |
| 17.2.1                                                         | Einführung eines neuen Dokumentenmanagementsystems .....                                                                                     | 48        |
| 17.2.2                                                         | Re-Zertifizierung Uroonkologisches Zentrum .....                                                                                             | 48        |
| 17.2.3                                                         | Erst- Zertifizierung Hernienzentrum nach der dt. Gesellschaft für Allg.- und Viszeralchirurgie (DGAV) .....                                  | 49        |
| 17.2.4                                                         | Re-Zertifizierung Interdisziplinäres Beckenbodenzentrum nach der Deutschen Kontinenzgesellschaft .....                                       | 49        |
| 17.3                                                           | Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....                                                                                                       | 50        |
| 17.3.1                                                         | Re-Zertifizierung Viszeralonkologisches Zentrum .....                                                                                        | 50        |
| 17.3.2                                                         | Re-Zertifizierung Brustkrebszentrum .....                                                                                                    | 50        |
| 18                                                             | <b>Schlusswort und Ausblick .....</b>                                                                                                        | <b>51</b> |
| <b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot .....</b> |                                                                                                                                              | <b>52</b> |
| Akutsomatik .....                                              |                                                                                                                                              | 52        |
| <b>Herausgeber .....</b>                                       |                                                                                                                                              | <b>54</b> |

# 1 Einleitung

Das Claraspital Basel ist ein hochspezialisiertes Akutspital und unverzichtbarer Teil der Gesundheitsversorgung in Basel und der Nordwestschweiz.

Seit der Gründung oblag die Trägerschaft des Claraspitals der Kongregation der barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz in Ingenbohl. Im November 2025 wurde der Verkauf an das Universitätsspital Basel von der eidgenössischen Wettbewerbskommission positiv bewertet und das Spital befindet sich nun unter der Trägerschaft des Universitätsspitals.

Wir haben uns medizinisch klar positioniert mit einem Tumorzentrum, dem universitären Bauchzentrum Clarunis, das gemeinsam mit dem Universitätsspital Basel betrieben wird, dem Auftrag für hochspezialisierte, viszeralchirurgische Eingriffe sowie den Spezialitäten Urologie, Pneumologie & Thoraxchirurgie, Kardiologie, Allgemeine Innere Medizin & Infektiologie, Endokrinologie mit Ernährungszentrum, Gynäkologie, Radiologie & Nuklearmedizin, Notfall- und Intensivmedizin.

Im Claraspital werden Patientinnen und Patienten interdisziplinär und multiprofessionell in nach der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten und spezialisierten Zentren für Darmkrebs, Analkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Speiseröhrenkrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs und Nierenzellkrebs betreut. Vier engagierte zertifizierte urologische Partner-Praxen arbeiten mit dem Prostatakrebszentrum zusammen. Das Tumorzentrum verfügt zudem über eine zertifizierte Palliative Care Einheit. Des Weiteren ist die Hämatologie des Claraspitals von der internationalen MDS Foundation als MDS Center of Excellence zertifiziert und bietet Patientinnen und Patienten, die unter einem myelodysplastischen Syndrom (MDS) leiden, eine optimale Behandlung und Betreuung. Dieses Engagement soll weiter ausgebaut werden und so streben wir auch die Zertifizierung unseres hämato-onkologischen Zentrums gemeinsam mit dem Universitätsspital an. Weitere Zentren wie das zertifizierte Beckenbodenzentrum bieten Patientinnen und Patienten umfassende Kompetenzen bei spezifischen Beckenbodenerkrankungen, ebenso bietet das zertifizierte Hernienzentrum eine umfassende Versorgung im Bereich der Hernienchirurgie an. Das Claraspital ist zudem Referenzspital für Adipositas und betreut Patientinnen und Patienten in einem interdisziplinären Ernährungszentrum. Mit einem 24-Stunden-Notfall Betrieb leistet das Spital eine erweiterte Grundversorgung rund um die Uhr.

Die durch interne Befragung erhobene Patientenzufriedenheit lag in 2025 im stationären Setting bei ausgezeichneten 93.6 % (auf Basis von insgesamt 2081 Rückmeldungen bei den verschiedenen stationären Befragungen) und im ambulanten Setting bei 94.4% (auf Basis von 1476 Rückmeldungen via Befragung und QR Code).

Im Ranking des amerikanischen Nachrichtenmagazins «Newsweek» belegte das Claraspital unter den Schweizer Spitälern Rang 7 und wurde damit als drittbestes nicht universitäres Spital der Schweiz und als bestes nicht universitäres Spital der Nordwestschweiz gelistet. Im globalen Vergleich zählt das Claraspital mit Rang 124 damit zu den besten 250 Spitälern der Welt. Grundlage dieser Bewertung sind Empfehlungen von medizinischen Expert/innen, Patientenbewertungen und medizinische Kennzahlen.

Seit Gründung des Spitals verstehen wir uns als lernende Organisation und sind Universitäres Lehr- und Forschungsspital sowie SIWF-zertifizierte Weiterbildungsstätte. Die St Clara Forschung AG hat als Teil eines universitären Lehrkrankenhauses der Medizinischen Fakultät Basel den Auftrag, Forschenden des Claraspitals eine optimale Infrastruktur zur Verfügung zu stellen. In diesem Sinne war die St. Clara Forschung AG im Jahr 2025 wieder sehr aktiv in den klar definierten Themenbereichen Onkologie, Chirurgie

und Metabolismus.

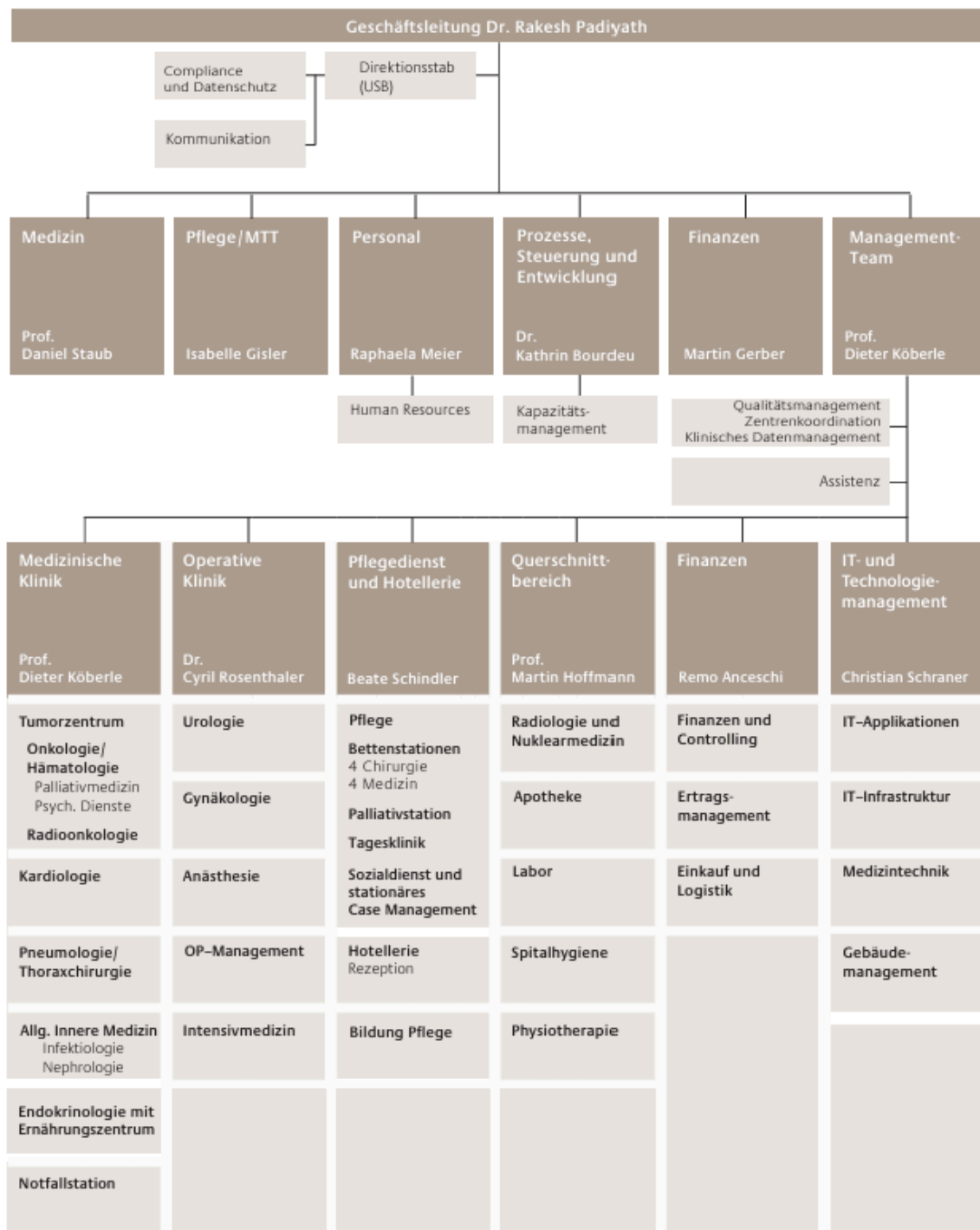
Das vom Claraspital initiierte Begegnungszentrum CURA für chronisch Kranke und ihre Angehörigen blickt auf ein erfolgreiches sechstes Betriebsjahr zurück, in dem es viele Menschen mit Beratung und seinem sozialtherapeutischen Angebot unterstützen durfte. Rund 9'500 Kontakte mit chronisch kranken Menschen, ihren Angehörigen und Interessierten hat das Begegnungszentrum CURA im 2025 verzeichnet.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

# Claraspital Organisations- und Führungsstruktur 2026



*Seit dem 01.01.2026 ist das Claraspital unter der Trägerschaft des Unispitals Basel.*

*Die Fachbereiche Viszeralchirurgie und Gastroenterologie werden im Organigramm des Spitals nicht ausgewiesen. Diese Fachbereiche werden gemeinsam mit dem Universitätsspital Basel im Kompetenzzentrum Clarunis - Universitäres Bauchzentrum Basel - betrieben.*

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

*Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion einem Mitglied der Geschäftsleitung unterstellt.*

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **2.2** Stellenprozente zur Verfügung.

## **2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement**

Frau Annette Kolb  
Leitung Qualitätsmanagement  
0041 61 685 86 84  
[annette.kolb@claraspital.ch](mailto:annette.kolb@claraspital.ch)

Herr Dr. Florian Rueter  
Leiter Qualitätsmanagement USB  
+41 61 265 25 25  
[florian.rueter@usb.ch](mailto:florian.rueter@usb.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

**Unsere Qualitätsstrategie im Claraspital**

basiert auf Wertschätzung und Zuwendung. Wir bieten eine hochwertige, ganzheitliche Medizin und Pflege, die durch persönliche, individuelle und fachlich kompetente Behandlung und Betreuung geprägt ist.

**Damit wir das erreichen setzen wir vor allem auf:**

- Patienten- und Kundenorientierung
- Prozessorientierung und Teamwork
- Vorbild des Kaders
- Einbezug aller Mitarbeitenden
- Kontinuierliche Verbesserung

**Unser Qualitätsmanagement setzt am echten Bedarf an:**

- Wir stellen die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt.
- Wir verbessern kontinuierlich wichtige Aspekte unserer Dienstleistungen.
- Wir gehen gezielt vor und streben nachhaltige Umsetzungserfolge an.

**Ein aktives Qualitätsmanagement bedeutet Veränderung:**

Für unsere Geschäftsleitung und Kadermitarbeitende gehört Qualität sichern, entwickeln und fördern zu einem permanenten Hauptanliegen ihrer Führungstätigkeit. Damit einher geht, dass das Qualitätsbewusstsein aller Mitarbeitenden zur Erbringung qualitativ hochstehender Leistungen in abteilungsübergreifender und interdisziplinärer Zusammenarbeit stetig gefördert wird und Mitarbeitende aktiv in Veränderungsprozesse mit einbezogen werden.

**Qualitätsmanagement soll in allen Bereichen wirken und alle Mitarbeitenden in ihrer täglichen Arbeit unterstützen:**

Ganzheitliche Qualität entsteht durch die persönliche, individuell angepasste und fachlich kompetente Behandlung, Pflege und Betreuung, die durch eine effektive Koordination und interdisziplinäre Zusammenarbeit unterstützt wird.

Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert.

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

- Sicherstellung einer hohen interdisziplinären Qualität in den onkologischen Schwerpunktzentren mit entsprechenden Fach-Zertifizierungen (nach der Deutschen Krebsgesellschaft und der Schweizer Krebsliga)
- Erreichung weiterer Fach-Zertifizierungen: Zertifizierung Hernienzentrum nach der Deutschen Gesellschaft für Allg.- und Viszeralchirurgie (DGAV), Re-Zertifizierung interdisziplinäres Beckenbodenzentrum nach der Deutschen Kontinenzgesellschaft
- Ablösung des alten und Einführung eines neuen spitalweiten Dokumentenmanagementsystems (DMS)
- Qualitätsrelevante Themen sind im Rahmen der Einführung eines neuen Klinikinformationssystems berücksichtigt und dazugehörige Prozesse werden im neuen DMS abgebildet
- Sicherstellung der Vorgaben aus dem nationalen Qualitätsvertrag und der daraus resultierenden durchzuführenden Qualitätsverbesserungsmassnahmen

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

- *Alle geplanten Zertifizierungen wurden erfolgreich und ohne Auflagen absolviert. Die beteiligten Zentren zeichnen sich durch ein hohes Mass an Expertise und erfolgreicher interdisziplinärer Zusammenarbeit aus.*
- *Das neue Dokumentenmanagementsystem konnte spitalweit eingeführt werden.*
- *Die Vorgaben des nationalen Qualitätsvertrags wurden mit den Qualitätsstandards des Claraspitals abgeglichen. Ein Konzept zum Klinischen Risikomanagement wurde erstellt.*

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

*Unsere Qualitätsentwicklung in den nächsten Jahren beinhaltet vor allem die Fusion der qualitätsrelevanten Themen und Aufgaben auf Basis der Unternehmensstrategie des Unispitals Basel und daraus abgeleitet:*

- *Fokus auf Prozessoptimierungen bzw. Neugestaltung von Prozessen unter Einbezug neuer digitaler Möglichkeiten*
- *Stärkung des Leistungsangebotes*
- *Aufrechterhaltung der Schwerpunkt-Zertifizierungen und damit verbunden weitere qualitätsrelevante Zentren-Zertifizierungen*
- *Qualitätsfördernde Kooperationsprojekte mit Partnern im Gesundheitswesen*
- *Umsetzung von Qualitätsvorgaben seitens Bund und Kanton im Rahmen des nationalen Qualitätsvertrags*
- *Nutzung der digitalen Möglichkeiten in der interaktiven Kommunikation mit den Patienten und Patientinnen - Einführung von kontinuierlichen patientenzentrierten Befragungen zur erlebten Spitalerfahrung (PREMs) und daraus resultierend einer kontinuierlichen Optimierung von Behandlungsprozessen*
- *Gezielte Einführung von PROMs zur Messung von Lebensqualität und Behandlungsergebnissen und Nutzung dieser für eine optimale Behandlungsqualität*

## 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 <sup>1</sup> : 09.12.2024 |    | Externe Überprüfung QV58a KVG <sup>2</sup> |       |  | Prüfstelle         | Kommentar Spital |
|---------------------------------------------|----|--------------------------------------------|-------|--|--------------------|------------------|
|                                             |    | Ergebnis                                   |       |  |                    |                  |
| Qualitätsmanagementsystem                   | ✓  | kontinuierliche Verbesserung               | ○○○○○ |  | noch nicht geprüft |                  |
| Qualitätskultur                             | ✓  | kontinuierliche Verbesserung               | ○○○○○ |  | noch nicht geprüft |                  |
|                                             |    | Betriebsdurchdringung                      | ○○○○○ |  |                    |                  |
| ▪ Critical Incident Reporting System (CIRS) | ✓  |                                            |       |  |                    |                  |
| ▪ Interaktives Lernen im Room of Horrors    | ⚙️ |                                            |       |  |                    |                  |
| ▪ Mitarbeitendenbefragung                   | ✓  |                                            |       |  |                    |                  |
| ▪ Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen   | ✓  |                                            |       |  |                    |                  |
| ▪ Qualitätszirkel                           | ✓  |                                            |       |  |                    |                  |

#### 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](http://www.anq.ch).

| Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:          |
|---------------------------------------------------------------------------|
| <i>Akutsomatik</i>                                                        |
| ▪ Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik - Erwachsene |
| ▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen                     |
| ▪ Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen                  |

## 4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt: |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ▪ Postoperative Wundinfektionen Swisssno (Surveillance 1)                                                                           |
| ▪ Händehygiene-Compliance (Surveillance 2)                                                                                          |
| ▪ Clostridien difficile Inzidenz (Surveillance 3)                                                                                   |
| ▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)                                                                                         |
| ▪ Erhebung PROMs                                                                                                                    |
| ▪ Indikatoren ANQ (siehe Kap. 4.1)                                                                                                  |

#### 4.4 Durchführung von zusätzlichen spinal- 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>                                                   |
| ▪ Kontinuierliche Austrittsbefragung der Patientenzufriedenheit (stationär) |
| ▪ Laufende Kurzbefragung aller PatientInnen mittels QR-Code                 |
| ▪ Kontinuierliche Befragung nach ambulanten operativen Eingriffen           |
| ▪ Kontinuierliche Austrittsbefragung der Patientenzufriedenheit (ambulant)  |
| <i>Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern</i>                       |
| ▪ Feedback von Angehörigen                                                  |
| <i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>                                          |
| ▪ Mitarbeiterbefragung                                                      |
| <i>Zuweiserzufriedenheit</i>                                                |
| ▪ Zuweiserbefragung                                                         |
| Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:           |
| <i>Operationen</i>                                                          |
| ▪ Komplikationsstatistik                                                    |
| <i>Dekubitus</i>                                                            |
| ▪ Dekubituserfassung                                                        |
| <i>Weitere Qualitätsmessungen: Akutsomatik</i>                              |
| ▪ Dauer in Tagen bis Berichtsversand                                        |
| ▪ Anzahl zusätzlicher Patiententage infolge fehlender Nachbetreuung         |

## 4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Einführung eines neuen Klinikinformationssystems (KIS) - ClaraKIS

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                              | <i>Steigerung der Effizienz und Effektivität in den medizinischen und pflegerischen Arbeitsprozessen. Verbesserung der medizinischen &amp; pflegerischen Behandlungsqualität, Sicherung und Weiterentwicklung durch Einsatz moderner IT-Systeme</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b> | <i>Gesamtspital</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>     | <i>2023 - 2026</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Art des Projekts</b>                  | <i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Begründung</b>                        | <i>Das bestehende KIS ist ein hoch integriertes und individualisiertes System, welches die prozessualen und fachlichen Anforderungen der einzelnen Fachbereiche abdeckt. Die strategischen Vorgaben entsprechen einem best-of-breed Lösungsansatz. Der aktuelle KIS-Softwareanbieter hat «End-of-Life» für die zentralen Module angekündigt und bietet nur noch reduziert Weiterentwicklungen an. Die Wartung läuft voraussichtlich 2027 aus. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Komplettablösung des bestehenden KIS.</i> |
| <b>Methodik</b>                          | <i>10 Teilprojekte, externe Unterstützung, klassisches Projektmanagement, teilweise agil</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>         | <i>Gesamtes Personal</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>    | <i>Abnahmekonzept, Übergabeprotokoll</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

Nachsorgesprechstunde Rektumkarzinom nach Operation durch Advanced Practice Nurse

|                                          |                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                              | <i>Standardisierte Untersuchung nach definierter Leitlinie und Besprechung von Patient/innenanliegen in Bezug auf die Erkrankung und der vorausgeg</i> |
| <b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b> | <i>Tumorzentrum</i>                                                                                                                                    |
| <b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>     | <i>2025-2026</i>                                                                                                                                       |
| <b>Art des Projekts</b>                  | <i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>                                                                                                  |
| <b>Begründung</b>                        | <i>Aufbau von zielgerichteten Krankheitsmanagementprogrammen für spezifische Patient*innengruppen</i>                                                  |
| <b>Methodik</b>                          | <i>Projektteam, Klassisches Projektmanagement</i>                                                                                                      |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>         | <i>Pflege, Ärzte, Therapeuten, Case Manager</i>                                                                                                        |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>    | <i>Befragung, Auswertung entsprechender Kennzahlen</i>                                                                                                 |

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

#### Implementierung eines neuen Dokumentenmanagementsystems (DMS)

|                                            |                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Vorgabedokumente (Standards, Checklisten etc) effektiv speichern, organisieren, abrufen und verwalten -&gt; höhere Effizienz bei täglichen Aufgaben im Zusammenhang mit der Dokumentenbearbeitung.</i> |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Gesamtspital</i>                                                                                                                                                                                       |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>08/2024 - Abschluss Ende 2025</i>                                                                                                                                                                      |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | <i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>                                                                                                                                                   |
| <b>Begründung</b>                          | <i>Das neue System soll einen Mehrgewinn im schnellen Abruf von relevanten Arbeitsdokumenten mit sich bringen und die Prozesse am Spital transparent für alle Mitarbeitenden darstellen.</i>              |
| <b>Methodik</b>                            | <i>Projektteam, Klassisches Projektmanagement</i>                                                                                                                                                         |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Gesamtes Personal</i>                                                                                                                                                                                  |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>Befragung, Nutzungsstatistiken</i>                                                                                                                                                                     |

#### Intensivierte Compliance Politik

|                                            |                                                                                  |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Sicherstellung der Einhaltung aller internen und externen Vorgaben</i>        |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Gesamtes Spital</i>                                                           |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>seit 2023</i>                                                                 |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | <i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>                          |
| <b>Begründung</b>                          | <i>Notwendigkeit einer koordinierten Compliance-Politik</i>                      |
| <b>Methodik</b>                            | <i>Beratung, Aufklärung und Schulung</i>                                         |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Alle Berufsgruppen</i>                                                        |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>Bewertung durch die Geschäftsleitung durch monatliche Compliance-Berichte</i> |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>           | <i>Richtlinien und Checklisten</i>                                               |

## e-Learning

|                                            |                                                                                                            |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Flexible Wissensvermittlung relevanter Themenbereiche</i>                                               |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Human Resource und alle Bereiche</i>                                                                    |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>seit 2019</i>                                                                                           |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | <i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>                                                    |
| <b>Begründung</b>                          | <i>Wissensvermittlung in den wichtigen das Spital betreffenden Vorgaben jederzeit sicherstellen können</i> |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Alle Mitarbeitenden</i>                                                                                 |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>laufende Auswertung der Teilnahme und Feedbacks der Teilnehmer zu den vermittelten Inhalten</i>         |

## Sicherstellung der Zertifizierungen in den Fachbereichen &amp; Zentren

|                                            |                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Hohe Behandlungsqualität und Expertise</i>                                                                                        |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Med. Fachbereiche (Uroonkologisches Zentrum, Viszeralonkologisches Zentrum, Brustzentrum, Beckenbodenzentrum, Hernienzentrum)</i> |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>seit 2016</i>                                                                                                                     |
| <b>Methodik</b>                            | <i>jährliche externe Begutachtung anhand der geltenden med. Leitlinien</i>                                                           |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Ärzte, Pflege, Case Manager, Sozialdienst, Therapeuten, Datenmanager</i>                                                          |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>jährliche externe Audits durch Fachgutachter</i>                                                                                  |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>           | <i>Vorgaben der Fachgesellschaften</i>                                                                                               |

## Interdisziplinäre Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

|                                            |                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Vorstellung und Besprechung von kritischen und unerwarteten Verläufen, der Aufarbeitung von Fehlern in der Behandlung, Erhöhung der Patientensicherheit</i> |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Alle Zentren</i>                                                                                                                                            |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>seit 2016</i>                                                                                                                                               |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | <i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>                                                                                                        |
| <b>Methodik</b>                            | <i>Fallvorstellungen</i>                                                                                                                                       |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Ärzte aller Disziplinen, Pflege, Therapeutische Berufe</i>                                                                                                  |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>Bewertung durch die interdisziplinären Qualitätszirkel</i>                                                                                                  |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>           | <i>Richtlinie M&amp;M-Konferenz</i>                                                                                                                            |

## Interne Audits

|                                            |                                                                                                     |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Einhaltung von internen und externen Vorgaben sowie deren Optimierung</i>                        |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Gesamtspital</i>                                                                                 |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>seit 2015</i>                                                                                    |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | <i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>                                             |
| <b>Begründung</b>                          | <i>Prozesse gezielt erfassen und bewerten, um daraus Optimierungsmassnahmen ableiten zu können.</i> |
| <b>Methodik</b>                            | <i>Begehungen und Interviews</i>                                                                    |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Alle</i>                                                                                         |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>Auditberichte und Massnahmenpläne, Evaluation der Massnahmen mittels Management-Review</i>       |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>           | <i>Richtlinie Auditmanagement</i>                                                                   |

## Patientensicherheit

|                                            |                                                                                                  |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Förderung der Sicherheitskultur</i>                                                           |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Gesamtes Spital</i>                                                                           |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>seit 2010</i>                                                                                 |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | <i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>                                          |
| <b>Begründung</b>                          | <i>Kontinuierliche Optimierung der Patienten- und Medikamentensicherheit im Haus</i>             |
| <b>Methodik</b>                            | <i>Gezielte Patientensicherheitsprojekte und Einsatz bewährter Patientensicherheitsstandards</i> |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Alle an der Patientenversorgung beteiligte Berufsgruppen</i>                                  |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>Bewertung durch die Qualitätskommission</i>                                                   |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>           | <i>Richtlinien und Checklisten zur Patientensicherheit</i>                                       |

## CIRS - Umgang mit kritischen Zwischenfällen

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Kritische Zwischenfälle erfassen, bewerten und Prozessabläufe kontinuierlich verbessern</i>                                                                                                                                                    |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Gesamtes Spital</i>                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>seit 2007</i>                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | <i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>                                                                                                                                                                                           |
| <b>Begründung</b>                          | <i>Vermeidung von patientenbezogenen Zwischenfällen</i>                                                                                                                                                                                           |
| <b>Methodik</b>                            | <i>Erfassung kritischer Zwischenfälle, Bearbeitung durch CIRS-Kommission - Definieren von Verbesserungsmassnahmen</i>                                                                                                                             |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Alle</i>                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>CIRS-Fälle werden anonymisiert für die Mitarbeitenden als Lerneffekt im Spital veröffentlicht. In der Qualitätskommission werden CIRS Meldungen bei übergeordneten Themen diskutiert und je nach Bewertung bzw. Bedarf Projekte initiiert.</i> |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>           | <i>Richtlinie Umgang mit kritischen Zwischenfällen</i>                                                                                                                                                                                            |

## Ideenmanagement -

|                                            |                                                                                    |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Erkennen und Umsetzen von neuen Ideen und Optimierungen</i>                     |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Gesamtes Spital</i>                                                             |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>seit 2008</i>                                                                   |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | <i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>                            |
| <b>Begründung</b>                          | <i>Kontinuierliche Weiterentwicklung &amp; Verbesserung</i>                        |
| <b>Methodik</b>                            | <i>Erfassen der Meldungen, Abklärung von Verbesserungsmöglichkeiten, Umsetzung</i> |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Alle</i>                                                                        |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>Bewertung durch die interne Qualitätskommission</i>                             |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>           | <i>Richtlinie Verbesserungsmanagement</i>                                          |

## Erfassung des Ernährungsstatus

|                                            |                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Erfassung und Behandlung von Mangelernährung</i>                                                                                                                                |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Gesamtes Spital</i>                                                                                                                                                             |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>seit 2007</i>                                                                                                                                                                   |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | <i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>                                                                                                                            |
| <b>Begründung</b>                          | <i>In einem Schwerpunktspital für Tumorbehandlung und Bauchchirurgie liefert der Ernährungsscore einen wichtigen Input zur richtigen interprofessionellen Behandlungsstrategie</i> |
| <b>Methodik</b>                            | <i>Nutritionsscore wird bei stationären Patienten erfasst</i>                                                                                                                      |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Pflegende, Ärzte, Ernährungsberatung</i>                                                                                                                                        |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>Monatliches Monitoring der Erfassung und Ableitung von entsprechenden Massnahmen und Leitlinien in der Ernährungskommission</i>                                                 |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>           | <i>Richtlinie Klinische Ernährung</i>                                                                                                                                              |

## Feedbackmanagement

|                                            |                                                                                                                            |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Die Anliegen unserer Patienten kennen und Massnahmen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einfließen lassen</i> |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Gesamtes Spital</i>                                                                                                     |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>seit 2002</i>                                                                                                           |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | <i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>                                                                    |
| <b>Begründung</b>                          | <i>Erhöhung der Patientenzufriedenheit</i>                                                                                 |
| <b>Methodik</b>                            | <i>Erfassen der Meldungen, Abklärung von Verbesserungsmöglichkeiten, Umsetzung</i>                                         |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Alle</i>                                                                                                                |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>Bewertung durch die interne Qualitätskommission</i>                                                                     |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>           | <i>Richtlinie Umgang mit Wünschen und Beschwerden, Richtlinie Patientenzufriedenheit</i>                                   |

## Händehygiene-Compliance

|                                            |                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Patientensicherheit</i>                                                                                                                                    |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Gesamtes Spital</i>                                                                                                                                        |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>laufend</i>                                                                                                                                                |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | <i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>                                                                                                       |
| <b>Begründung</b>                          | <i>Erhöhung der Patientensicherheit</i>                                                                                                                       |
| <b>Methodik</b>                            | <i>Kontinuierliche Erfassung der Händehygiene, Schulungen</i>                                                                                                 |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Alle</i>                                                                                                                                                   |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>Die Evaluation erfolgt durch die Verbrauchsmessung der Händedesinfektionsmittel und über Begehungen anhand des "Clean Hands Monitorings" von SwissNoso</i> |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>           | <i>Händehygiene-Richtlinien</i>                                                                                                                               |

## Qualitätskennzahlenreporting

|                                            |                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Monitoring der spitalinternen Qualitätskennzahlen</i>                                                                               |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Gesamtes Spital</i>                                                                                                                 |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>laufend</i>                                                                                                                         |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | <i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>                                                                                |
| <b>Begründung</b>                          | <i>Überprüfung der Ist-Werte mit den gesetzten Sollvorgaben</i>                                                                        |
| <b>Methodik</b>                            | <i>Kontinuierliche Erfassung und Bewertung der Qualitätskennzahlen aus den Abteilungen sowie Ableitung von Verbesserungsmassnahmen</i> |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Alle</i>                                                                                                                            |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>Bewertung durch die interne Qualitätskommission und Geschäftsleitung</i>                                                            |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>           | <i>Richtlinie Qualitätsmanagement</i>                                                                                                  |

## Zuweisermanagement

|                                            |                                                          |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Zufriedenheit unserer Zuweiser</i>                    |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Gesamtes Spital</i>                                   |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>laufend</i>                                           |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | <i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>  |
| <b>Begründung</b>                          | <i>Zuweisergewinnung und -bindung</i>                    |
| <b>Methodik</b>                            | <i>verschiedene Austauschformate</i>                     |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Ärzte, Direktion, Kommunikation und Zuweiser</i>      |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>Bewertung durch die Zuweisermanagement-Kommission</i> |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>           | <i>Jährlicher interner Zuweisermanagement Bericht</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 2007 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.

## 4.6 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](http://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm)

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Bezeichnung                                                                                                                           | Fachrichtungen                                                                                                                                                                                                                                                           | Betreiberorganisation                                                                                                                                                                                      | Seit/Ab                                                                         |
| <b>A-QUA CH</b><br>Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz                                                                   | Anästhesie                                                                                                                                                                                                                                                               | SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine<br><a href="http://www.ssapm.ch/">www.ssapm.ch/</a>                                                                                     | <i>seit Beginn der Erhebung</i>                                                 |
| <b>AMIS Plus</b><br>Acute Myocardial Infarction in Switzerland                                                                        | Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin                                                                                                                                                                                                                  | AMIS Plus Data Center<br><a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>                                                                                                                            | <i>seit 2011</i>                                                                |
| <b>Anatomische Resektionen Register</b><br>Register der Anatomischen Resektionen der schweizerischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie | Thoraxchirurgie                                                                                                                                                                                                                                                          | Adjumed Services AG, Zürich<br><a href="http://thoraxchirurgie.ch/">thoraxchirurgie.ch/</a>                                                                                                                | <i>seit 2017</i>                                                                |
| <b>AQC</b><br>Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie                                                             | Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung | Adjumed Services AG<br><a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>                                                                                                                                          | <i>Viszeralchirurgie seit 2010, HSM A: seit 2011, Thoraxchirurgie seit 2017</i> |
| <b>CHPACE WEB</b><br>Datenbank der implantierten Schrittmacher und Defibrillatoren sowie der Ablationen                               | Kardiologie                                                                                                                                                                                                                                                              | Schweizerische Stiftung für Rhythmologie<br><a href="http://www.pacemaker-stiftung.ch">www.pacemaker-stiftung.ch</a><br><br><a href="http://www.rhythmologie-stiftung.ch">www.rhythmologie-stiftung.ch</a> | <i>seit Beginn der Erhebung</i>                                                 |
| <b>Infreporting</b><br>MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten                                                         | Infektiologie, Epidemiologie                                                                                                                                                                                                                                             | Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme<br><a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>                                                                          | <i>seit Beginn der Erhebung</i>                                                 |
| <b>MDSi</b><br>Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI                                                  | Intensivmedizin                                                                                                                                                                                                                                                          | SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin<br><a href="http://www.sgi-ssmi.ch/">www.sgi-ssmi.ch/</a>                                                                                                   | <i>seit 2006</i>                                                                |

|                                                                                                                              |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>MIBB</b><br>Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien                                                                 | Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie                                                                           | MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie c/o Adjumed Services AG<br><a href="http://www.mibb.ch/">www.mibb.ch/</a>                                                                                                                | <i>seit 2016</i>                |
| <b>MitraSwiss Register</b><br>Erfassung von allen Patienten mit einer perkutanen Mitralklappen Behandlung mittels MitraClip. | Kardiologie                                                                                                                   | Cardiocentro Ticino Lugano on behalf of the MitraSwiss Investigators<br><a href="http://www.mitra-swiss.ch">www.mitra-swiss.ch</a>                                                                                                                         | <i>seit 2014</i>                |
| <b>MS</b><br>Medizinische Statistik der Krankenhäuser                                                                        | Alle Fachbereiche                                                                                                             | Bundesamt für Statistik<br><a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>                                                                                                                                                                          | <i>seit 2005</i>                |
| <b>Nephrektomie-Register</b><br>Nephrektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie                           | Urologie                                                                                                                      | Schweizerische Gesellschaft für Urologie<br><a href="http://swissurology.ch/register/">swissurology.ch/register/</a>                                                                                                                                       | <i>2020</i>                     |
| <b>NICER</b><br>Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung                                               | Alle Fachbereiche                                                                                                             | NICER Seilergraben 49, CH-8001 Zürich 8001 Zürich<br><a href="http://www.nicer.org">www.nicer.org</a>                                                                                                                                                      | <i>2020</i>                     |
| <b>PCI Register</b><br>National PCI Register                                                                                 | Kardiologie                                                                                                                   | Arbeitsgruppe interventionelle Kardiologie schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie<br><a href="http://www.ptca.ch">www.ptca.ch</a>                                                                                                                    | <i>seit Beginn der Erhebung</i> |
| <b>PET Minimal Data Set</b><br>PET Minimal Data Set                                                                          | Nuklearmedizin                                                                                                                | Schweizerische Gesellschaft für Nuklearmedizin<br><a href="http://www.nuklearmedizin.ch">www.nuklearmedizin.ch</a>                                                                                                                                         | <i>seit Beginn der Erhebung</i> |
| <b>Prostatektomie-Register</b><br>Prostatektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie                       | Urologie                                                                                                                      | Schweizerische Gesellschaft für Urologie<br><a href="http://swissurology.ch/register/">swissurology.ch/register/</a><br><br><a href="http://adjumed.com/support/schnittstellen/familie-urologie/">adjumed.com/support/schnittstellen/familie-urologie/</a> | <i>seit 2020</i>                |
| <b>SBCDB</b><br>Swiss Breast Center Database                                                                                 | Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie | SBCDB Swiss Breast Center Database c/o Adjumed Services AG<br><a href="http://www.sbcdb.ch">www.sbcdb.ch</a>                                                                                                                                               | <i>seit 2020</i>                |
| <b>SIBDCS</b><br>SWISS IBD Cohort study                                                                                      | Gastroenterologie                                                                                                             | UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie<br><a href="http://ibdcohort.ch/">ibdcohort.ch/</a>                                                                                                                                | <i>seit Beginn der Erhebung</i> |
| <b>SIOLD</b><br>SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases                                             | Pneumologie                                                                                                                   | Centre hospitalier universitaire vaudois<br><a href="http://www.siold.ch/">www.siold.ch/</a>                                                                                                                                                               | <i>seit 2003</i>                |
| <b>SMOB</b>                                                                                                                  | Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie                                                                                       | SMOB Register                                                                                                                                                                                                                                              | <i>seit 2011</i>                |

|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                            |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Swiss Morbid Obesity Register                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                      | <a href="http://www.smob.ch/">www.smob.ch/</a>                                                                                                                                                                             |                  |
| <b>SwissNET</b><br>Schweizer Register für<br>neuroendokrine Tumore                                                                                      | Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie,<br>Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie,<br>Nuklearmedizin, Radiologie                                                                              | Verein SwissNET<br><a href="http://swissnet.net/">swissnet.net/</a>                                                                                                                                                        | <i>seit 2014</i> |
| <b>Swissnoso SSI</b><br>Die nationale Surveillance der<br>postoperativen Wundinfektionen                                                                | Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und<br>Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention<br>und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir.,<br>Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin | Verein Swissnoso<br><a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>                                                                                                                                                 | <i>seit 2009</i> |
| <b>Swiss PH Registry</b><br>Swiss Pulmonary Hypertension<br>Registry                                                                                    | Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie,<br>Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie                                                                                                                    | alabus AG<br><a href="http://www.sgph.ch">www.sgph.ch</a><br><br><a href="http://www.sgph.ch/de/swiss-ph-registry.html">www.sgph.ch/de/swiss-ph-registry.html</a>                                                          | <i>seit 2002</i> |
| <b>Swiss TAVI Registry</b><br>Nationales Register zur Erfassung<br>von Erwachsenen die eine<br>Transkatheter-<br>Aortenklappenimplantation<br>erhielten | Herz- und thorak. Gefässchirurgie, Kardiologie                                                                                                                                                       | Universitätsspital Bern, Inselspital, Abteilung für<br>Kardiologie<br><a href="http://www.swisstavi.ch/">www.swisstavi.ch/</a><br><br><a href="http://swisstaviregistry.ctu.unibe.ch/">swisstaviregistry.ctu.unibe.ch/</a> | <i>seit 2013</i> |
| <b>VisHSM</b><br>Register für Hochspezialisierte<br>Viszeralchirurgie                                                                                   | Chirurgie                                                                                                                                                                                            | Adjumed Services AG<br><a href="http://www.adjumed.net/vis/">www.adjumed.net/vis/</a>                                                                                                                                      | <i>seit 2014</i> |
| <b>Zystektomie-Register</b><br>Zystektomie-Register der<br>Schweizerische Gesellschaft für<br>Urologie                                                  | Urologie                                                                                                                                                                                             | Schweizerische Gesellschaft für Urologie<br><a href="http://swissurology.ch/register/">swissurology.ch/register/</a>                                                                                                       | <i>seit 2020</i> |

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                                                                                                                                      |
| <b>KR Aargau</b><br>Krebsregister Aargau                                                      | Alle           | <a href="http://krebsregister-aargau.ch/">krebsregister-aargau.ch/</a>                                                                                     |
| <b>KRBB</b><br>Krebsregister beider Basel (Basel-<br>Stadt und Basel-Landschaft)              | Alle           | <a href="http://www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/organisation/bewilligungen-und-s...">www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/organisation/bewilligungen-und-s...</a> |
| <b>KR BE</b>                                                                                  | Alle           | <a href="http://www.krebsregister.unibe.ch/">www.krebsregister.unibe.ch/</a>                                                                               |

|                                                                                                            |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Krebsregister Bern                                                                                         |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>KR GG</b><br>Krebsregister Graubünden und Glarus                                                        | Alle | <a href="http://www.ksgr.ch/krebsregister.aspx">www.ksgr.ch/krebsregister.aspx</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>KR Ostschweiz</b><br>Krebsregister Ostschweiz                                                           | Alle | <a href="http://ostschweiz.krebsliga.ch/">ostschweiz.krebsliga.ch/</a><br><a href="http://ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-ostschweiz-forschung/">ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-ostschweiz-forschung/</a>                                                                                                                                                    |
| <b>KR Wallis</b><br>Walliser Krebsregister                                                                 | Alle | Walliser Gesundheitsobservatorium<br><a href="http://www.ovs.ch/de/kopfzeile/wgo/medizinische-register/das-walliser-kr...">www.ovs.ch/de/kopfzeile/wgo/medizinische-register/das-walliser-kr...</a>                                                                                                                                                                       |
| <b>KR ZKR</b><br>Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden                 | Alle | <a href="http://www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-...">www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-...</a>                                                                                                                                                                                                          |
| <b>KR Zürich/Zug/Schaffhausen/Schwyz</b><br>Krebsregister der Kantone Zürich, Zug, Schaffhausen und Schwyz | Alle | <a href="http://www.krebsregister.usz.ch">www.krebsregister.usz.ch</a><br><a href="http://www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/">www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/</a>                                                                                                                                                                                                |
| <b>NICER</b><br>Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung                             | Alle | Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung<br><a href="http://www.nicer.org">www.nicer.org</a>                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>RFT</b><br>Krebsregister Kanton Freiburg                                                                | Alle | <a href="http://www.liguecancer-fr.ch">www.liguecancer-fr.ch</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>RGT</b><br>Krebsregister Kanton Genf                                                                    | Alle | Université de Genève<br><a href="http://www.unige.ch/medecine/rgt/accueil/">www.unige.ch/medecine/rgt/accueil/</a>                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>RNJT</b><br>Krebsregister Kanton Neuenburg und Jura                                                     | Alle | Kantonsregierungen Neuenburg und Jura<br><a href="http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/medecin-cantonal/Pages/Registre-...">www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/medecin-cantonal/Pages/Registre-...</a><br><a href="http://lescadolles.ch/enseignes/rnjt-registre-neuchatelois-et-jurassien-des-...">lescadolles.ch/enseignes/rnjt-registre-neuchatelois-et-jurassien-des-...</a> |
| <b>RT Ticino</b><br>Krebsregister Kanton Tessin                                                            | Alle | <a href="http://www.ti.ch/tumori">www.ti.ch/tumori</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

## 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                                                               |
| Viszeralonkologisches Zentrum nach DKG (Darmkrebs, Pankreaskrebs und Speiseröhrenkrebs) | Bauch- und Tumorzentrum, Querschnittbereich, Pflege, QM                              | 2016                                        | 2025                                           | Zwischenaudit in 2025, Re-Zertifizierung in 2026                         |
| Uroonkologisches Zentrum nach DKG (Prostatakrebs, Nierenzellkrebs)                      | Operative Klinik, Tumorzentrum, Querschnittbereiche, Pflege, QM                      | 2019                                        | 2025                                           | Re-Zertifizierung 2025                                                   |
| Brustzentrum Nordwest nach Q-Label                                                      | OP-Klinik, Gynäkologie gemeinsam mit Gesundheitszentrum Fricktal                     | 2021                                        | 2024                                           | Gemeinsames Brustzentrum mit Gesundheitszentrum Fricktal                 |
| Brustkrebszentrum nach DKG                                                              | Operative Klinik, Gynäkologie                                                        | 2020                                        | 2025                                           | Zwischenaudit in 2025, Re-Zertifizierung in 2026                         |
| ISO 9001:2015                                                                           | Hotellerie, Gastronomie inkl. Rezeption, Reinigung, Hauswirtschaft                   | 2016                                        | 2022                                           | Beendet August 2025                                                      |
| MDS Center of Excellence                                                                | Hämatologie                                                                          | 2021                                        | 2021                                           | Internationale MDS Foundation                                            |
| Qualität in Palliative Care                                                             | Palliativstation                                                                     | 2021                                        | 2021                                           | Re-Zertifizierung 2026                                                   |
| Zertifizierte ICU nach den Richtlinien der SGI                                          | Intensiv-Care-Unit                                                                   | 2006                                        | 2022                                           |                                                                          |
| QUALAB - externe Qualitätskontrolle Labor                                               | Labor                                                                                | 2014                                        | 2022                                           | werden mehrfach jährlich durchgeführt                                    |
| Referenzzentrum für bariatrische u. metabolische Chirurgie                              | Viszeralchirurgie, Ernährungszentrum                                                 | 2018                                        | 2018                                           | Assessment erfolgt durch die Swiss Study Group for Morbid Obesity (SMOB) |
| Beckenbodenzentrum nach dt. Kontinenzgesellschaft                                       | Urogynäkologie, Viszeralchirurgie, Urologie, Physiotherapie, Urotherapie, Radiologie | 2022                                        | 2025                                           |                                                                          |

|                                                                                                |                          |             |             |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-------------|----------------------------|
| <i>Accredited PET/CT centre of excellence - European Association of Nuclear Medicine(EANM)</i> | <i>Nuklearmedizin</i>    | <i>2022</i> | <i>2022</i> | <i>Erst-Zertifizierung</i> |
| <i>Hernienzentrum nach Deutscher Gesellschaft für Allg. und Viszeralchirurgie</i>              | <i>Viszeralchirurgie</i> | <i>2025</i> | <i>2025</i> | <i>Erst-Zertifizierung</i> |

# **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 Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik

Seit Herbst 2025 ersetzt der Fragebogen Swiss PREMs Acute Care den bisherigen ANQ-Kurzfragebogen. Beim Swiss PREMs handelt es sich um ein differenziertes Befragungsinstrument zur Erhebung der Patientenerfahrung, das in einem aufwändigen Verfahren ausgewählt, gezielt angepasst und in Pilotmessungen getestet wurde.

Der Swiss PREMs Acute Care fragt folgende relevanten Dimensionen ab: Aufnahme/Eintritt, Information/Kommunikation, Pflegepersonal, Ärzteschaft und andere Mitarbeitende, Einbezug in Entscheidungsprozesse, Organisation/Abläufe und Wartezeiten, Vertrauen/Sicherheit bezüglich Behandlung/Betreuung und Aufenthalt, Medikation, Austrittsmanagement. Befragt werden alle Erwachsenen ( $\geq 16$  Jahre), die das Spital oder die Klinik in einem bestimmten Zeitfenster (Erhebungszeitraum) verlassen.

Die Messung erfolgte erstmals im Herbst 2025 und danach im 2-Jahres-Rhythmus.

#### Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

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

Zu den Messergebnissen: [St. Claraspital](#)

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

*Die Ergebnisse des Claraspitals waren sehr erfreulich und lagen insgesamt über dem Benchmark. Mit der Integration des Claraspitals ins USB ab 2027 erfolgt die Weiterführung künftig unter dem Dach des USB.*

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Kontinuierliche Austrittsbefragung der Patientenzufriedenheit (stationär)

Patientinnen und Patienten können nach stationärem Austritt an einer Online-Befragung teilnehmen. Ziel der Befragung ist die kontinuierliche Erhebung der Patientenzufriedenheit nach stationärem Aufenthalt betreffend

- Gesamtzufriedenheit
- Pflegerische Betreuung
- Ärztliche Betreuung
- Organisatorischer Ablauf
- Hotellerie & Servicequalität
- Infrastruktur
- Notfall

Messergebnisse werden hier nur exemplarisch anhand des Themenbereichs "Gesamtzufriedenheit" gezeigt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Alle Abteilungen/Bereiche mit stationären Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Einschluss:

Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals mit Austritt nach stationärem Aufenthalt, mit E-Mail-Adresse und Einwilligung Befragungsteilnahme

Ausschluss:

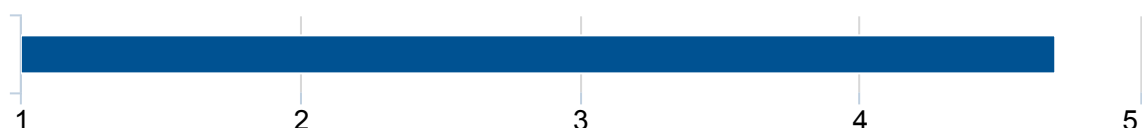
Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals ohne Einwilligung Befragungsteilnahme

Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals mit Mehrfachaufenthalt innerhalb eines Monats unter gleicher Diagnose

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Fragen

Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit dem Claraspital?



1 = sehr unzufrieden / 5 = sehr zufrieden

■ St. Claraspital

| Messergebnisse in Zahlen |            |                          |                 |
|--------------------------|------------|--------------------------|-----------------|
|                          | Mittelwert | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
| St. Claraspital          | 4.70       | 1470                     | 39.00 %         |

| Angaben zur Messung                             |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |

## 5.2.2 Laufende Kurzbefragung aller PatientInnen mittels QR-Code

Patientinnen und Patienten können mittels QR-Code laufend an einer Kurzbefragung teilnehmen. Ziel der Befragung ist die kontinuierliche Erhebung der Patientenzufriedenheit nach Aufenthalt betreffend

- Gesamtzufriedenheit
- Ärztliche Betreuung
- Ärztliche Information und Aufklärung
- Pflegerische Betreuung
- Betreuung durch weiteres Personal (z.B. Hotellerie, Physiotherapie, Case Management etc.)
- Organisatorischer Ablauf
- Gastronomisches Angebot

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Für alle stationären und ambulante Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

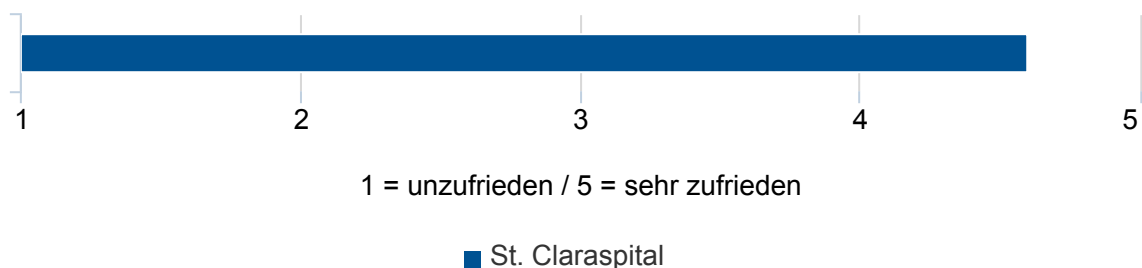
Einschluss: Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals

Bei dieser Befragungsform kann kein Rücklauf ermittelt werden, da die Patienten und Patientinnen oder Angehörige jederzeit eine QR Code Bewertung durchführen können.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

### Fragen

Gesamteindruck



### Messergebnisse in Zahlen

|                 | Mittelwert | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
|-----------------|------------|--------------------------|-----------------|
| St. Claraspital | 4.60       |                          | - %             |

### Angaben zur Messung

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |
|-------------------------------------------------|--|

### 5.2.3 Kontinuierliche Befragung nach ambulanten operativen Eingriffen

Die Patientinnen und Patienten werden nach der ärztlichen und pflegerischen Betreuungsqualität, zur Information, zu den organisatorischen Abläufen und zur Servicequalität befragt.

Messergebnisse werden hier nur exemplarisch anhand des Themenbereichs "organisatorischer Ablauf" und "Gesamtzufriedenheit" gezeigt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Betrifft alle Bereiche, die ambulante Eingriffe durchführen bzw. rundum den Eingriff betreuen (Viszeralchirurgie, Urologie, Gynäkologie, Radiologie, Anästhesie, OP- und Aufwachraum)

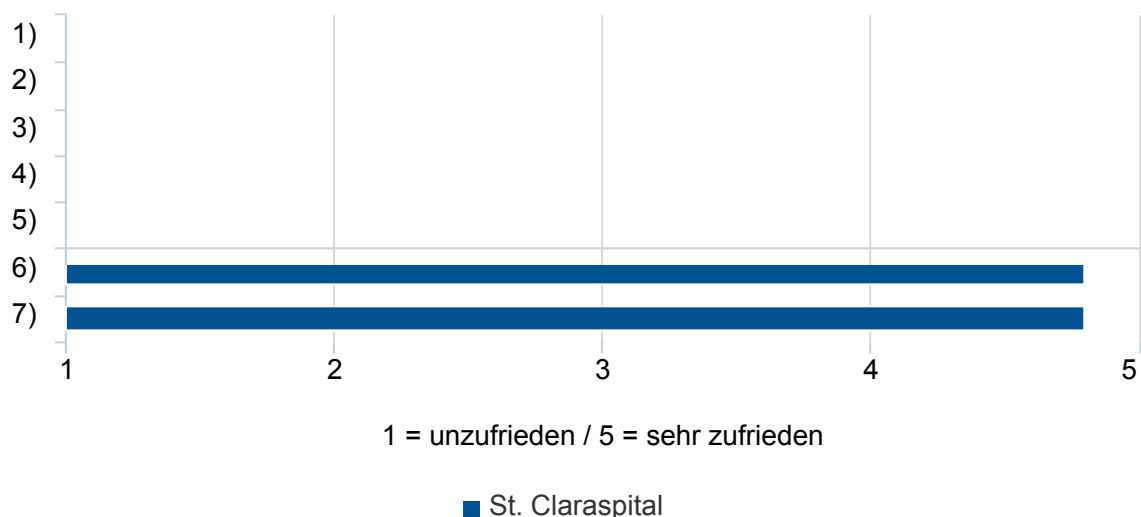
#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Befragt wurden alle Patientinnen und Patienten nach ambulanten Eingriff, die einer Befragung zugestimmt hatten und eine Email Adresse angegeben haben.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Fragen

- 1) Der Spitaleintritt verlief organisatorisch problemlos.
- 2) Der geplante Eingriff wurde zeitlich eingehalten.
- 3) Die Zusammenarbeit der betreuenden Berufsgruppen hat gut funktioniert.
- 4) Die Einnahme von Medikamenten für zu Hause wurde mir verständlich erklärt.
- 5) Ich habe rechtzeitig alle notwendigen Informationen zu meinem Austritt erhalten.
- 6) Der Spitalaustritt verlief organisatorisch problemlos.
- 7) Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit dem Claraspital?



| Messergebnisse in Zahlen |                        |      |      |      |      |
|--------------------------|------------------------|------|------|------|------|
|                          | Mittelwerte pro Fragen |      |      |      |      |
|                          | 1)                     | 2)   | 3)   | 4)   | 5)   |
| St. Claraspital          | 4.90                   | 4.60 | 4.90 | 4.80 | 4.80 |

| Messergebnisse in Zahlen |                        |      |                          |                 |
|--------------------------|------------------------|------|--------------------------|-----------------|
|                          | Mittelwerte pro Fragen |      | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
|                          | 6)                     | 7)   |                          |                 |
| St. Claraspital          | 4.80                   | 4.80 | 258                      | 37.00 %         |

| Angaben zur Messung                             |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |

### 5.2.4 Kontinuierliche Austrittsbefragung der Patientenzufriedenheit (ambulant)

Patientinnen und Patienten können nach ambulanter Behandlung an einer Online-Befragung teilnehmen. Ziel der Befragung ist die kontinuierliche Erhebung der Patientenzufriedenheit nach ambulanter Behandlung betreffend

- Gesamtzufriedenheit
- Ärztliche Betreuung
- Betreuung durch weiteres medizinisches Fachpersonal
- Organisatorischer Ablauf
- Hotellerie & Servicequalität
- Infrastruktur
- Notfall

Messergebnisse werden hier nur exemplarisch anhand des Themenbereichs "Gesamtzufriedenheit" gezeigt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Alle Abteilungen/Bereiche mit ambulanten Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Einschluss:

Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals mit mind. einer ambulanten Konsultation, mit E-Mail-Adresse und Einwilligung Befragungsteilnahme

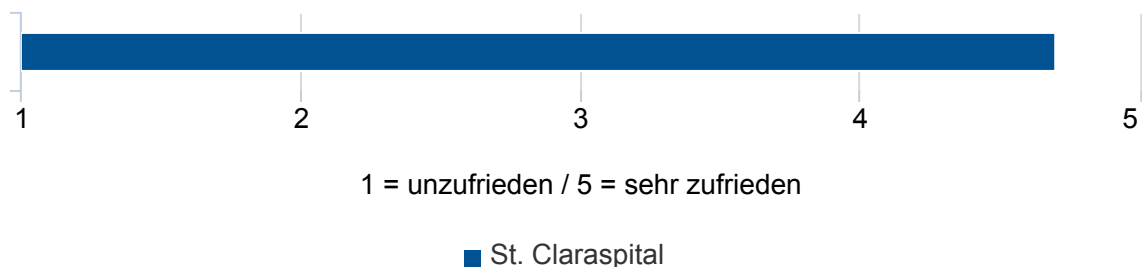
Ausschluss:

Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals ohne Einwilligung Befragungsteilnahme

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Fragen

Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit dem Claraspital



| Messergebnisse in Zahlen |            |                          |                 |
|--------------------------|------------|--------------------------|-----------------|
|                          | Mittelwert | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
| St. Claraspital          | 4.70       | 1393                     | 32.00 %         |

| Angaben zur Messung                             |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**St. Claraspital**

*Qualitätsmanagement*

*Annette Kolb*

*Leitung Qualitätsmanagement*

*061 685 86 84*

*[qualitaetsmanagement@claraspital.ch](mailto:qualitaetsmanagement@claraspital.ch)*

*Werktags 08-17 Uhr*

## 7 Mitarbeitendenzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeitendenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden das Spital als Arbeitgeber/in und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Mitarbeiterbefragung

*Damit wir mehr über die Befindlichkeiten und Anliegen unserer Mitarbeitenden erfahren, führen wir regelmässig eine Mitarbeiterbefragung durch. So können wir auf die Bedürfnisse unserer Mitarbeitenden eingehen und entsprechend attraktive Arbeitsplätze anbieten.*

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir vom 20.10.2025 bis 05.11.2025 durchgeführt.  
*Mitarbeitende Clarunis*

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

*Einschluss: alle Mitarbeitende von Clarunis.*

*Ausschluss: Mitarbeitende des Claraspitals, welche nicht bei Clarunis arbeiten, Lernende, Praktikanten und Zivildienstleistende*

#### Messergebnisse

*Die Rücklaufquote lag bei 66.8%. Die Ergebnisse können insgesamt als zufriedenstellend bewertet werden, jedoch mit Verbesserungspotenzial.*

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

*Die Ergebnisse wurden den einzelnen Geschäftsleitungsmitgliedern und Vorgesetzten zugestellt und die Massnahmenplanung und -umsetzung seitens Clarunis im Kontext der USB Integration geplant.*

#### Angaben zur Messung

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |
|-------------------------------------------------|--|

## 8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzt:innen und niedergelassene Spezialärzt:innen) eine wichtige Rolle. Viele Patient:innen lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweisenden den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patient:innen empfunden haben.

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Zuweiserbefragung

*Im Rahmen der Befragung werden verschiedene Themen der Zusammenarbeit abgefragt.*

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

*Spezifische Befragung der Zuweisenden, die Patientinnen und Patienten im Rahmen der DKG-Zertifizierungen mit entsprechenden ICD-Diagnosen überweisen.*

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

*Insgesamt wurden 185 Zuweisende, die Patienten mit entsprechenden ICD Diagnosen überweisen, kontaktiert.*

#### Messergebnisse

*Insgesamt wurden 185 Zuweisende, die Patienten mit entsprechenden ICD Diagnosen überweisen, kontaktiert. Der Rücklauf lag bei 17%.*

*Die zuweisenden Ärzte und Ärztinnen wurden konkret gefragt, wo sie Optimierungspotenzial sehen. Gefiltert nach Diagnosen der jeweiligen Zentren wurde kein Verbesserungspotential zurückgemeldet.*

*Einzelne Meldungen z.B. zum Zuweisungsprozess im Brustzentrum konnten direkt aufgegriffen und angegangen werden. Bei niedriger Rücklaufquote insgesamt wäre eine erneute Befragung initiiert gewesen. Mit Übernahme des Claraspitals durch das USB wurde dies vorläufig zurückgestellt, um primär eine Evaluation und Harmonisierung des Zuweisermanagements anzugehen.*

*Über die Website haben Zuweisende jederzeit die Möglichkeit das Zuweisermanagement bei allg. und organisatorischen Fragen direkt zu kontaktieren.*

#### Angaben zur Messung

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |
|-------------------------------------------------|--|

## Behandlungsqualität

### Messungen in der Akutsomatik

## 9 Wiedereintritte

### 9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen sind wie folgt definiert:

- akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen
- die während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auftreten
- nicht Bestandteil der bisherigen Behandlung sind
- geplante Rehospitalisationen werden nicht berücksichtigt

Ab dem BFS-Datenjahr 2020 verwendet der ANQ die Methode «Ungeplante Rehospitalisationen – CH Methode». Diese Methode lehnt sich an den Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) an und wurde für die Schweizer Verhältnisse mittels einer Studie angepasst und validiert. Die Unterscheidung zwischen ungeplanten und geplanten Rehospitalisationen erfolgt mittels eines Algorithmus. Der SpiGes Datensatz (ab Daten 2024) dient als Datengrundlage für die Bildung und Auswertung der ungeplanten Rehospitalisationen. Insgesamt werden 13 Indikatoren ausgewertet, für die transparente Publikation eignen sich nur die folgenden 6 Indikatoren:

- Spitalweite ungeplante Rehospitalisationen
- Chirurgisch-gynäkologische Kohorte
- Kardiorespiratorische Kohorte
- Kardiovaskuläre Kohorte
- Neurologische Kohorte
- Sonstige Kohorte

#### Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

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

Zu den Messergebnissen: [St. Claraspital](#)

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

*In unserer internen Analyse der Wiedereintritte, die laufend intern erfasst wird, weisen die in der ANQ Auswertung berücksichtigten Fälle mehrheitlich auch elektive Eingriffe mit geplanten Rehospitalisationen auf, welche vom verwendeten Algorithmus des „Centers for Medicare & Medicaid Services“ von „geplant“ auf „ungeplant“ überschrieben wurden. Darüber hinaus haben wir einen relativ hohen Anteil an „restlichen Datensätzen“, also Ausprägungen welche nur einen oder zwei beobachtete Wiedereintritte oder Fallzusammenführungen aufweisen. Bei diesen Einzelfällen konnten wir keine strukturelle Schwäche im Behandlungspfad feststellen.*

## 10 Operationen

### 10.1 Eigene Messung

#### 10.1.1 Komplikationsstatistik

*Im Rahmen der monatlichen Fallbesprechung der Komplikationsstatistik werden alle Komplikationen und Re-Operationen besprochen.*

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

*An den Fallbesprechungen nehmen u. a. die Fachbereiche Viszeralchirurgie und Urologie sowie Gynäkologie teil.*

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

#### Messergebnisse

*Die Besprechung der Komplikationsstatistik erfolgt monatlich im Rahmen der ärztlichen Konferenzen. Die erhobenen Daten dienen der direkten internen Qualitätsverbesserung.*

| 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: [St. Claraspital](#)

| Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen: |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ▪ Blinddarm-Entfernungen                                                            |
| ▪ Dickdarmoperationen (Colon)                                                       |
| ▪ Rektumoperationen                                                                 |

## 12 Stürze

### Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung ab 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen.

Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung ab 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ- Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung.

Im Frühjahr 2025 haben 69 Spitäler/Kliniken an der freiwilligen Pilotmessung Sturz und Dekubitus teilgenommen, basierend auf strukturierten KIS-Daten.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie auf dem [Webportal des ANQ](#).

### 12.1 Eigene Messung

#### 12.1.1 Sturzrate

*Auf den Bettenstationen wird jeder Sturz anhand eines Sturzprotokolls erfasst und in den nächsten 24 Stunden vom Pflorgeteam evaluiert. Bei Bedarf werden Fachexperte und/oder Pflegeexperte dazu gezogen. Daraus entstehen zeitnahe individuelle Interventionen, um weitere Sturzereignisse zu vermeiden.*

*In pflegfachlichen Monatsgesprächen zwischen Stationsleitung, Fachexperten und Pflegeexperten wird jeder Sturz gemeinsam besprochen und bei Bedarf entsprechende Interventionen in den Pflgeteams eingeleitet.*

*Im monatlichen Reporting findet eine Differenzierung von «assisted falls» oder «nicht assisted falls» statt.*

*Ein «assisted fall» ist ein kontrollierter, von einer Fachperson begleitetes Sturzereignis. Eine Begleitung bei einer sturzgefährdeten Person, wird als Präventivmassnahme betrachtet. Daher wird die Sturzrate im Total sowie «ohne assisted falls» abgebildet. Als öffentliche, allgemeingültige Kennzahl wird die Gesamtsturzrate publiziert.*

*Weiter wird täglich das «Safety Cross» zur Visualisierung der erfolgten Stürze auf der Bettenstation geführt.*

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

*Sturzereignisse werden auf allen Bettenstationen erfasst, ausgenommen auf der Intensivstation.*

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

#### Messergebnisse

*Alle Stürze werden pro Monat und Station ausgewertet und ins Verhältnis zu Anzahl Pflgetagen der jeweiligen Station gestellt. Mit jeder Bettenstation ist in Abhängigkeit der Fachrichtung eine*

*stationsbezogene Kennzahl zur Sturzrate vereinbart.*

*Die Gesamtsturzrate 2025 liegt bei 3.2 auf 65'537 Pflage tage.*

| Angaben zur Messung                             |                |
|-------------------------------------------------|----------------|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | Sturzprotokoll |

## 13 Dekubitus

### Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung ab 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen.

Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung ab 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ- Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung.

Im Frühjahr 2025 haben 69 Spitäler/Kliniken an der freiwilligen Pilotmessung Sturz und Dekubitus teilgenommen, basierend auf strukturierten KIS-Daten.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie auf dem [Webportal des ANQ](#).

### 13.1 Eigene Messungen

#### 13.1.1 Dekubituserfassung

*Auf den Bettenstationen schätzen die Pflegefachpersonen das Dekubitusrisiko bei jedem Patienten ein und jeder Dekubitus wird einmal täglich neu beurteilt. Dadurch werden Interventionen zur Dekubitusprävention individuell und zeitnah eingeleitet und somit eine individuelle Behandlung festgelegt.*

*Im monatlichen Reporting werden die Kennzahlen zu Dekubitus durch die Dekubituskategorien nach der National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) und der European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) klassifiziert. Dies entspricht einer Klassifizierung von Dekubitus Kategorie 1-4 sowie der Kategorie: «keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt» sowie der Kategorie «vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt». Für dieses Reporting werden alle Dekubitus, intern sowie extern erworbene, mit Lokalisation und Kategorie vermerkt.*

*Weiter wird täglich das «Safety Cross» zur Visualisierung der intern erworbenen Dekubitus auf der Bettenstation geführt.*

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.  
Dekubitus-Geschwüre werden auf allen Bettenstationen erfasst

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Dekubitus-Geschwüre werden auf allen Bettenstationen erfasst

#### Messergebnisse

*Bei einer Dekubitusrate von 0.9% im 2025 bleiben die Werte im Vergleich zum Vorjahr unverändert.*

#### Angaben zur Messung

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |
|-------------------------------------------------|--|

## Weitere Qualitätsaktivitäten

### 16 Weitere Qualitätsmessungen

#### 16.1 Weitere eigene Messungen

##### 16.1.1 Dauer in Tagen bis Berichtsversand (Akutsomatik)

*Stationäre Fälle: Es wird die Anzahl Tage zwischen Austrittsdatum und Versanddatum des Austrittsberichts/OP-Briefs monitorisiert.*

*Ambulante Fälle: Es wird die Anzahl Tage zwischen Konsultationsdatum und Versanddatum des Berichtes monitorisiert.*

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.  
*Gesamtspital*

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

*Ambulante und stationäre Berichtsversände.*

#### Messergebnisse

*Die stationären Austrittsberichte konnten im Durchschnitt innerhalb von 9.3 Tagen versendet werden. Die ambulanten Berichte konnten im Durchschnitt innerhalb von 2.8 Tagen versendet werden.*

| Angaben zur Messung                             |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |

##### 16.1.2 Anzahl zusätzlicher Patiententage infolge fehlender Nachbetreuung (Akutsomatik)

*Es wird gemessen, wieviele Mehrtage sich monatlich aufgrund einer fehlenden Nachbetreuung ergeben. Die Gründe werden erfasst und allfällige Massnahmen daraus ergriffen.*

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.  
*Gesamtspital*

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

*Die Ergebnisse sind stark abhängig von den Kapazitäten der Nachsorgeeinrichtungen. Umso wichtiger ist somit eine gut funktionierende Überleitung in die Nachsorgeeinrichtungen und eine Absicherung durch entsprechende Kooperationen mit nachbetreuenden Einrichtungen.*

| 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 ClaraKIS - Einführung eines neuen Klinikinformationssystems

**Projektart:**

- Softwareprojekt

**Projektziel:**

- Die Effizienz (Steigerung des Wirkungsgrades) und Effektivität (das Richtige tun) in den medizinischen und pflegerischen Arbeitsprozessen wird gesteigert.
- Verbesserung der medizinischen- und pflegerischen Behandlungsqualität
- Sicherung einer zukünftigen, prozessualen und technischen Weiterentwicklung

**Projektablauf / Methodik:**

- Hybrides Projektmanagement (klassisch, agil)
- Projektphase 1: Initialisierung und Vorbereitung
- Projektphase 2: Detailkonzeption
- Projektphase 3: Realisierung
- Projektphase 4: Einführung (Go Live Juni 2026)

**Involvierte Berufsgruppen:**

- Alle Berufsgruppen

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

- Das Projekt befindet sich aktuell (Mai 2026) in der Projektphase 4 "Einführung", d.h. das neue KIS wird im Juni eingeführt.

### 17.1.2 Programm PONTE Integration Claraspital / USB

**Projektart:**

- Strategisches Transformations- und Integrationsprogramm

**Projektziele:**

- Integration des Claraspitals ins USB und Aufbau eines gemeinsamen Gesundheitscampus
- Bündelung der Onkologie am Standort Claraspital mit Bildung eines Krebszentrums (Comprehensive Cancer Center)
- Stärkung der Gesundheitsversorgung der Nordwestschweiz
- Langfristige finanzielle Stabilisierung

**Projektablauf/Methodik:**

- Die Transformation des USB und die Integration des Claraspitals wird in dreizehn Projekten aufgeleitet. Jedes Projekt und die dazugehörigen Teilprojekte werden von Mitarbeitenden beider Häuser ausgeführt, um eine gemeinsame Weiterentwicklung der Unternehmenskultur zu ermöglichen.

**Involvierte Berufsgruppen:**

- Alle Mitarbeitende Claraspital und USB

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

- Das Programm PONTE befindet sich aktuell in der Übergangsphase. Das Medizinische Zielbild wird weiter geschäft, die infrastrukturelle Machbarkeit wird geprüft, die neuen Arbeitsverträge für Mitarbeitende des Claraspitals werden aufgesetzt, Konzeption der Marken-Architektur sowie Arealplanung.

## 17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

### 17.2.1 Einführung eines neuen Dokumentenmanagementsystems

**Projektart:**

- Softwareprojekt (Qualitäts-und Prozessmanagementsoftware)

**Projektziel:**

- Einführung eines auf die Belange des Spitals konzipierten Prozess-und Dokumentenmanagements
- Schneller Zugriff für alle Mitarbeitenden auf relevante Dokumente, Standards und Prozesse
- Sicherung einer zukünftigen, prozessualen und technischen Weiterentwicklung

**Projektablauf / Methodik:**

- Hybrides Projektmanagement (klassisch, agil)
- Projektphase 1: Initialisierung und Vorbereitung
- Projektphase 2: Detailkonzeption
- Projektphase 3: Realisierung
- Projektphase 4: Einführung (Go Live Juli 2025)

**Involvierte Berufsgruppen:**

- Alle Berufsgruppen

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

- Das neue Dokumentenmanagementsystem konnte im Juli 2025 erfolgreich eingeführt werden.

### 17.2.2 Re-Zertifizierung Uroonkologisches Zentrum

**Projektart:**

- Zertifizierungsprojekt

**Projektziel:**

- Sicherstellung einer hohen interdisziplinäre Qualität gemeinsam mit den Schwerpunktzentren (angemessen, effizient, leitlinienkonform).

**Projektablauf / Methodik:**

- Prüfung und Umsetzung der spezifischen Anforderungen der Fachgesellschaft
- Überprüfung des interdisziplinären Behandlungspfades
- Überprüfung der medizinischen Qualitätskennzahlen
- Review Studien
- Überprüfung der Fortbildungsangebote im Uroonkologischen Zentrum

**Involvierte Berufsgruppen:**

- Ärzte
- Pflege
- Therapeuten
- Datenmanagement
- Qualitätsmanagement
- Administration

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

- Erfolgreiche Re-zertifizierung im 2025

### 17.2.3 Erst- Zertifizierung Hernienzentrum nach der dt. Gesellschaft für Allg.- und Viszeralchirurgie (DGAV)

**Projektart:**

- Zertifizierungsprojekt

**Projektziel:**

- Sicherstellung einer hohen interdisziplinäre Qualität gemeinsam mit den Schwerpunktzentren (angemessen, effizient, leitlinienkonform).

**Projektablauf / Methodik:**

- Prüfung und Umsetzung der spezifischen Anforderungen der Fachgesellschaft
- Erstellung eines interdisziplinären Behandlungspfades
- Erfassung und Monitoring der medizinischen Qualitätskennzahlen
- Etablierung von Studien
- Überprüfung der Fortbildungsangebote im Hernienzentrum

**Involvierte Berufsgruppen:**

- Ärzte
- Pflege
- Therapeuten
- Datenmanagement
- Qualitätsmanagement
- Administration

**Projektevaluation / Konsequenzen:**

- Erfolgreiche Erst-Zertifizierung im 2025

### 17.2.4 Re-Zertifizierung Interdisziplinäres Beckenbodenzentrum nach der Deutschen Kontinenzgesellschaft

**Projektart:**

- Zertifizierungsprojekt

**Projektziel:**

- Sicherstellung einer hohen interdisziplinäre Qualität gemeinsam mit den Schwerpunktzentren (angemessen, effizient, leitlinienkonform).

**Projektablauf / Methodik:**

- Prüfung und Umsetzung der spezifischen Anforderungen der Fachgesellschaft
- Überprüfung des interdisziplinären Behandlungspfades
- Überprüfung der medizinischen Qualitätskennzahlen
- Review Studien
- Überprüfung der Fortbildungsangebote im Beckenbodenzentrum

**Involvierte Berufsgruppen:**

- Ärzte
- Pflege
- Therapeuten
- Datenmanagement
- Qualitätsmanagement
- Administration

**Projektevaluation / Konsequenzen:**

- Erfolgreiche Re-Zertifizierung im 2025

## 17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 17.3.1 Re-Zertifizierung Viszeralonkologisches Zentrum

**Projektart:**

- Zertifizierungsprojekt

**Projektziel:**

- Sicherstellung einer hohen interdisziplinäre Qualität gemeinsam mit den Schwerpunktzentren (angemessen, effizient, leitlinienkonform).

**Projektablauf / Methodik:**

- Prüfung und Umsetzung der spezifischen Anforderungen der Fachgesellschaft
- Überprüfung des interdisziplinären Behandlungspfades
- Überprüfung der medizinischen Qualitätskennzahlen
- Review Studien
- Überprüfung der Fortbildungsangebote im Viszeralonkologischen Zentrum

**Involvierte Berufsgruppen:**

- Ärzte
- Pflege
- Therapeuten
- Datenmanagement
- Qualitätsmanagement
- Administration

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

- Erfolgreiche Zertifizierung, angestrebt für 2026

### 17.3.2 Re-Zertifizierung Brustkrebszentrum

**Projektart:**

- Zertifizierungsprojekt

**Projektziel:**

- Sicherstellung einer hohen interdisziplinäre Qualität gemeinsam mit den Schwerpunktzentren (angemessen, effizient, leitlinienkonform).

**Projektablauf / Methodik:**

- Prüfung und Umsetzung der spezifischen Anforderungen der Fachgesellschaft
- Überprüfung des interdisziplinären Behandlungspfades
- Überprüfung der medizinischen Qualitätskennzahlen
- Review Studien
- Überprüfung der Fortbildungsangebote im Brustkrebszentrum

**Involvierte Berufsgruppen:**

- Ärzte
- Pflege
- Therapeuten
- Datenmanagement
- Qualitätsmanagement
- Administration

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

- Erfolgreiche Zertifizierung, angestrebt für 2026

## 18 Schlusswort und Ausblick

Die Übernahme des Claraspitals durch das Universitätsspital Basel (USB) optimiert die Versorgung in der Region gezielt und erschliesst zusätzliche Synergien. Durch die konsequente Stärkung der bereits gut ausgebauten Infrastruktur des Claraspitals nutzt das USB seine Ressourcen auf allen Standorten effizienter. Das USB gewinnt durch die Übernahme des Claraspitals hervorragend qualifiziertes Personal und integriert ein Haus mit eingespielten Prozessen und exzellenter Unternehmenskultur.

Die nächsten Jahre stehen unter dem Fokus eine effiziente und optimale Integration in das USB sicherzustellen und für Patienten und Patientinnen optimal zugeschnittene Patientenpfade zu etablieren. Das Herzstück am Standort Claraspital wird das neue Comprehensive Cancer Center (CCC) sein. Die onkologische Versorgung wird unter einem Dach gebündelt und Krebspatientinnen und -patienten wird in der Nordwestschweiz eine Behandlung auf internationalem Niveau wohnortnah angeboten.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

### Akutsomatik

| Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen                      |
|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Basispaket</b>                                               |
| Basispaket Chirurgie und Innere Medizin                         |
| <b>Haut (Dermatologie)</b>                                      |
| Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)                     |
| Dermatologische Onkologie                                       |
| Wundpatienten                                                   |
| <b>Hals-Nasen-Ohren</b>                                         |
| Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie                          |
| <b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>                    |
| Endokrinologie                                                  |
| <b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>                           |
| Gastroenterologie                                               |
| Spezialisierte Gastroenterologie                                |
| <b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>                                |
| Viszeralchirurgie                                               |
| Pankreasresektion (IVHSM)                                       |
| Leberresektion (IVHSM)                                          |
| Oesophaguschirurgie (IVHSM)                                     |
| Bariatrische Chirurgie                                          |
| Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)                                   |
| Komplexe Bariatrische Chirurgie (IVHSM)                         |
| <b>Blut (Hämatologie)</b>                                       |
| Aggressive Lymphome und akute Leukämien                         |
| Indolente Lymphome und chronische Leukämien                     |
| Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome |
| <b>Gefäße</b>                                                   |
| Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)        |
| Interventionen und Gefäßchirurgie intraabdominale Gefäße        |
| <b>Herz</b>                                                     |
| Kardiologie (inkl. Schrittmacher)                               |
| <b>Nieren (Nephrologie)</b>                                     |
| Nephrologie (Nierenversagen)                                    |
| <b>Urologie</b>                                                 |
| Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'            |
| Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'             |
| Radikale Prostatektomie                                         |
| Radikale Zystektomie                                            |
| Komplexe Chirurgie der Niere                                    |
| Isolierte Adrenalektomie                                        |

|                                                             |
|-------------------------------------------------------------|
| Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial |
| <b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>                      |
| Pneumologie                                                 |
| Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie                     |
| Polysomnographie                                            |
| <b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>                  |
| Thoraxchirurgie                                             |
| Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion)  |
| Mediastinaleingriffe                                        |
| <b>Gynäkologie</b>                                          |
| Gynäkologie                                                 |
| Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum                     |
| Gynäkologische Tumore                                       |
| <b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>                   |
| Onkologie                                                   |
| Radio-Onkologie                                             |
| Nuklearmedizin                                              |

## 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/](http://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/](http://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](http://www.spitalinfo.ch) nahe zu legen.

## Weitere Gremien



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

Siehe auch: [www.anq.ch](http://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](http://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](http://www.samw.ch).