



MERIAN ISELIN

*Klinik für Orthopädie  
und Chirurgie*

# Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

05.03.2026  
Fernando Imhof, CEO

Version 1



**Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und  
Chirurgie**

[www.merianiselin.ch](http://www.merianiselin.ch)



**Akutsomatik**

## Impressum

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

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

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

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

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

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

## Zielpublikum

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

## Kontaktperson Qualitätsbericht 2025

Frau  
Birgit Hall  
Leiterin Qualitäts- und Risikomanagement  
061 305 1392  
[birgit.hall@merianiselin.ch](mailto:birgit.hall@merianiselin.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 Qualittsvertrag gemäss Art. 58a KVG (QV58a). Weitere Informationen zum Qualittsvertrag finden Sie auf der H+ Website: [www.hplus.ch – Qualität – Qualittsvertrag](https://www.hplus.ch – Qualität – Qualittsvertrag). 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>7</b>  |
| 2.1 Organigramm .....                                                                                                                           | 7         |
| 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....                                                                                           | 7         |
| <b>3 Qualitätsstrategie .....</b>                                                                                                               | <b>8</b>  |
| 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025 .....                                                                              | 8         |
| 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025 .....                                                                                         | 9         |
| 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....                                                                                          | 9         |
| <b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten .....</b>                                                                                    | <b>10</b> |
| 4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG .....                                                                                             | 10        |
| 4.2 Teilnahme an nationalen Messungen .....                                                                                                     | 11        |
| 4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen<br><i>Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben</i>                |           |
| 4.4 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen .....                                                                     | 12        |
| 4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....                                                                                                    | 13        |
| 4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....                                                                                                    | 14        |
| 4.6 Registerübersicht .....                                                                                                                     | 15        |
| 4.7 Zertifizierungsübersicht .....                                                                                                              | 16        |
| <b>QUALITÄTSMESSUNGEN .....</b>                                                                                                                 | <b>17</b> |
| <b>Erhebung der Patientenerfahrung .....</b>                                                                                                    | <b>18</b> |
| <b>5 Patientenerfahrung .....</b>                                                                                                               | <b>18</b> |
| 5.1 Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik .....                                                                            | 18        |
| 5.2 Eigene Befragung .....                                                                                                                      | 19        |
| 5.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung stationäre Patientinnen und Patienten .....                                                              | 19        |
| 5.3 Beschwerdemanagement .....                                                                                                                  | 19        |
| <b>6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern</b><br><i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.</i>     |           |
| <b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit .....</b>                                                                                                      | <b>20</b> |
| 7.1 Eigene Befragung .....                                                                                                                      | 20        |
| 7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheitsmessung .....                                                                                                    | 20        |
| <b>8 Zuweiserzufriedenheit</b><br><i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.</i>                              |           |
| <b>Behandlungsqualität .....</b>                                                                                                                | <b>21</b> |
| <b>Messungen in der Akutsomatik .....</b>                                                                                                       | <b>21</b> |
| <b>9 Wiedereintritte .....</b>                                                                                                                  | <b>21</b> |
| 9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen .....                                                                                   | 21        |
| <b>10 Operationen .....</b>                                                                                                                     | <b>22</b> |
| 10.1 Hüft- und Knieprothetik .....                                                                                                              | 22        |
| <b>11 Infektionen .....</b>                                                                                                                     | <b>23</b> |
| 11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen .....                                                                               | 23        |
| <b>12 Stürze .....</b>                                                                                                                          | <b>24</b> |
| 12.1 Eigene Messung .....                                                                                                                       | 24        |
| 12.1.1 Sturzprotokoll .....                                                                                                                     | 24        |
| <b>13 Dekubitus .....</b>                                                                                                                       | <b>26</b> |
| 13.1 Eigene Messungen .....                                                                                                                     | 26        |
| 13.1.1 Dekubitusscreening .....                                                                                                                 | 26        |
| <b>Psychiatriespezifische Messungen .....</b>                                                                                                   | <b>0</b>  |
| <b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung</b><br><i>Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.</i> |           |

|                                                                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Rehaspezifische Messungen .....</b>                                                                               | <b>0</b>  |
| <b>15      Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit</b>                                                     |           |
| <i>Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.</i>                                               |           |
| <b>Weitere Qualitätsaktivitäten .....</b>                                                                            | <b>0</b>  |
| <b>16      Weitere Qualitätsmessungen</b>                                                                            |           |
| <i>Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.</i> |           |
| <b>17      Projekte im Detail .....</b>                                                                              | <b>27</b> |
| 17.1      Aktuelle Qualitätsprojekte .....                                                                           | 27        |
| 17.1.1    Onboarding Pflege .....                                                                                    | 27        |
| 17.2      Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025 .....                                                | 27        |
| 17.2.1    Alle Projekte sind aktuell und laufend .....                                                               | 27        |
| 17.3      Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....                                                                     | 27        |
| 17.3.1    ISO 9001:2015 .....                                                                                        | 27        |
| 17.3.2    Zertifizierte IMC .....                                                                                    | 27        |
| 17.3.3    A-Cert (Anästhesie) .....                                                                                  | 27        |
| <b>18      Schlusswort und Ausblick .....</b>                                                                        | <b>28</b> |
| <b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot .....</b>                                                       | <b>29</b> |
| Akutsomatik .....                                                                                                    | 29        |
| <b>Herausgeber .....</b>                                                                                             | <b>30</b> |

# 1 Einleitung

Die Merian Iselin Klinik ist eine etablierte Akutklinik mit Schwerpunkt auf Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates, Chirurgie und Urologie. Seit ihrer Gründung steht die Klinik für spezialisierte Medizin, persönliche Betreuung, eine hohe Servicequalität in Verbindung mit medizinischer Exzellenz, einer patientennahen Organisationsstruktur und kurzen Entscheidungswegen. Die Patientenversorgung erfolgt planbar-elektiv sowie in Notfallsituationen über den Ortho-Notfall. Die Merian Iselin Klinik wird im Belegarztsystem geführt und arbeitet interprofessionell mit spezialisierten Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen, Therapeutinnen und Therapeuten sowie weiteren Fachdisziplinen zusammen. Durch die zentrale Lage in Basel-Stadt wurde eine optimale Versorgung für Patientinnen und Patienten aus der Nordwestschweiz sowie für aus dem grenznahen Ausland (Deutschland und Frankreich) geschaffen.

Die Spezialisierung auf den Bewegungsapparat erlaubt eine hohe Fallzahlkonzentration, standardisierte Behandlungspfade und eine kontinuierliche Weiterentwicklung der medizinischen Expertise.

Das Leistungsportfolio umfasst insbesondere:

- Orthopädische Chirurgie
- Traumatologie des Bewegungsapparates
- Gelenkersatz (Hüfte, Knie, Schulter)
- Arthroskopische Eingriffe
- Anästhesie im Haus
- Intermediate Care (IMC)
- Physiotherapie, Ernährungsberatung

Im Berichtsjahr 2025 stand die Qualitätssicherung und -weiterentwicklung weiterhin im Zentrum der strategischen Ausrichtung.

Zentrale Qualitätsentwicklungen sind:

- Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des zertifizierten Qualitätsmanagementsystems ISO 9001:2015
- Weiterführung der systematischen Erhebung von Patient Reported Outcome Measures (PROMs)
- Etablierung digitaler Patientenzufriedenheitsbefragungen (PREMs)
- Stärkung Patientensicherheitskultur durch strukturierte CIRS-Prozesse

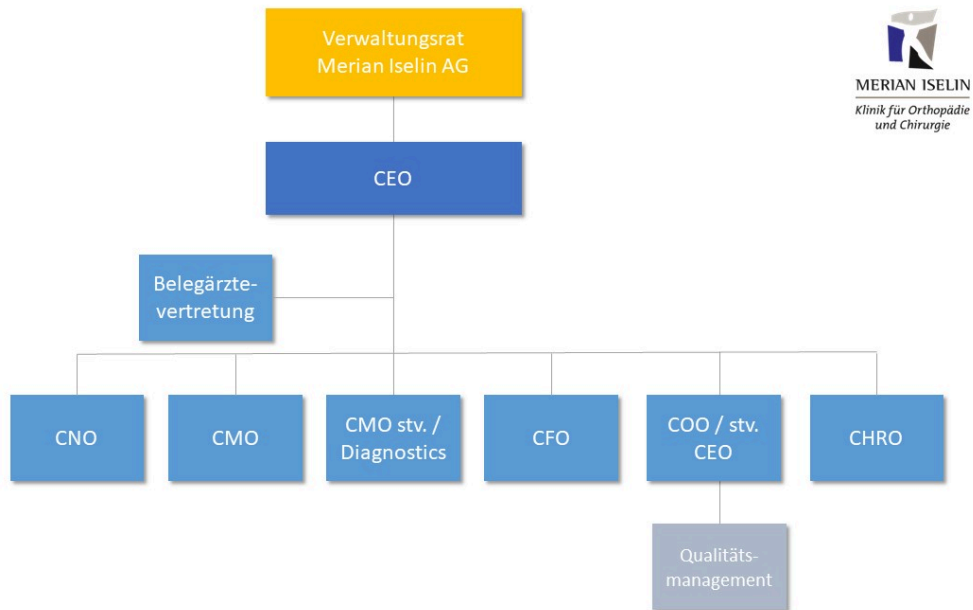
Die erhobenen Qualitätskennzahlen zeigen stabile bis verbesserte Ergebnisse in den Bereichen Patientenzufriedenheit, Prozessstabilität und Ergebnisqualität. Weiterhin wird das Ziel verfolgt, Qualität messbar zu machen und transparent zu steuern. Externe Einflüsse wie regulatorische Anforderungen, wirtschaftlicher Kostendruck sowie Veränderungen im ambulanten und stationären Leistungsspektrum werden aktiv in die strategische Planung integriert.

Die Merian Iselin Klinik versteht Qualität als einen kontinuierlichen Entwicklungsprozess. Der vorliegende H+ Qualitätsbericht dokumentiert die erreichten Ergebnisse, laufende Massnahmen und strategische Zielsetzungen. Er dient zur Information für Mitarbeitende, als auch zur Information für Patientinnen und Patienten, Zuweisende, Belegärztinnen und Belegärzte und Behörden.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



*Themen die im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement stehen, werden in der Geschäftsleitungssitzung der Merian Iselin Klinik regelmässig traktandiert. Die Leitung Qualitätsmanagement informiert die Geschäftsleitung über Ergebnisse von internen und externen Audits, Befragungen und Messungen. In diesem Zusammenhang legt die Geschäftsleitung Massnahmen zur Qualitätssicherung und/oder Qualitätsentwicklung, mit den entsprechenden Ressourcen, fest.*

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **310** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

*Frau Birgit Hall*

*Leiterin Qualitäts- und Risikomanagement*

061 305 1392

[birgit.hall@merianiselin.ch](mailto:birgit.hall@merianiselin.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

*Die Merian Iselin Klinik ist als spezialisierte Klinik mit Schwerpunkt Orthopädie, Chirurgie und Urologie in einem kompetitiven Umfeld positioniert. Steigende Qualitätsanforderungen, Transparenz durch Outcome-Vergleiche, zunehmende Ambulantisierung sowie Kostendruck erfordern eine klar strukturierte, datenbasierte und nachhaltig verankerte Qualitätsstrategie.*

*Die strategische Ambition ist die führende Rolle als spezialisierte Klinik der Nordwestschweiz auszubauen mit einer nachweislich exzellenten Ergebnisqualität, herausragender Patientenerfahrung und einer gelebten Sicherheits- und Qualitätskultur.*

*Mit den folgenden Qualitätszielen will die Merian Iselin Klinik dies erreichen:*

- **Medizinische Ergebnisqualität**  
*Überdurchschnittliche klinische Outcomes im nationalen Benchmark.*
- **Patientenzentrierung und Servicequalität**  
*Top-Position bei Patientenzufriedenheit in der Region Basel.*
- **Prozessqualität und Effizienz**  
*Schlanke, sichere und standardisierte Kernprozesse*
- **Sicherheits- und Risikomanagement**  
*Proaktive Sicherheitskultur mit systematischen Lernen aus Ereignissen.*
- **Digitale Qualität und Datenstrategie**  
*Datengestützte Steuerung der Qualität.*
- **Mitarbeitendenqualität und Kultur**  
*Hochqualifiziertes, motiviertes Personal mit starker Qualitätsidentifikation.*

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

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

- **Digitalisierung Patientendokumentation**  
*Die Merian Iselin Klinik folgt weiter dem Trend der Digitalisierung und arbeitete 2025 an Möglichkeiten, diverse Papierfragebogen den Patientinnen und Patienten in digitaler Form zur Verfügung zu stellen.*
- **Einführung Schulter PROM**  
*Der Fragebogen MDS-SO wurden für Schulteroperationen eingeführt.*
- **Onboarding neue Mitarbeitende**  
*Neue Mitarbeitende des Bereichs Pflege werden gezielt in einem umfassenden Onboardingprogramm systematisch geschult.*

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

*Für das Jahr 2025 hat die Merian Iselin Klinik wesentliche Qualitätsziele erreicht oder nachhaltig implementiert. Diese Erfolge schaffen eine solide Basis für weitergehende Qualitätsentwicklungen in den kommenden Jahren.*

- **Erfolgreich durchgeführte Audits**

*2025 wurden diverse Überwachungsaudits erfolgreich durchgeführt. Unter anderem das Überwachungsaudit der ISO 9001:2015, A-Zert, IMC und REKOLE. Mit den guten Ergebnissen wird der Merian Iselin Klinik bescheinigt, weiterhin ein Qualitätsmanagementsystem etabliert zu haben. Verbesserungsmöglichkeiten werden aufgegriffen und umgesetzt.*

- **Digitale Patientenprozesse**

*Auch 2025 wurden die digitalen Anmeldeprozesse vorangetrieben. Neben der digitalen Patientenzufriedenheitsbefragung, wurde auch das Anmeldeformular sowie der Anästhesiefragebogen digitalisiert. Patientinnen und Patienten können vor ihrem Eintritt die Formulare bequem und einfach vor ihren Eintritt von zu Hause ausfüllen.*

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

*Die Merian Iselin Klinik möchte in den kommenden Jahren ihre führende Rolle als spezialisierte Klinik für Orthopädie, Chirurgie und Urologie in der Nordwestschweiz weiter ausbauen. Dies mit messbar exzellenter Behandlungsqualität, konsequenter Patientenzentrierung, digital unterstützenden Prozessen und einer starken Qualitätskultur.*

## 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> : 11.11.2025            |   | 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                              | ✓ |                                            |       |                    |                  |
| ▪ Qualitätszirkel                                      | ⚙ |                                            |       |                    |                  |
| Patientensicherheit                                    | - | kontinuierliche Verbesserung               | ○○○○○ | noch nicht geprüft |                  |
|                                                        |   | Betriebsdurchdringung                      | ○○○○○ |                    |                  |
| ▪ Dekubitusprävention FHV                              | ✓ |                                            |       |                    |                  |
| ▪ Patient Blood Management                             | ✓ |                                            |       |                    |                  |
| ▪ Strukturelle Mindestanforderungen zur HAI Prävention | ✓ |                                            |       |                    |                  |
| ▪ Sturzprävention                                      | ✓ |                                            |       |                    |                  |

#### 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                     |
| ▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)                                |
| ▪ Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen                  |

#### 4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

| Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:        |
|--------------------------------------------------------------------------|
| <i>Patientenerfahrung</i>                                                |
| ▪ Patientenzufriedenheitsbefragung stationäre Patientinnen und Patienten |
| <i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>                                       |
| ▪ Mitarbeiterzufriedenheitsmessung                                       |
| Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:        |
| <i>Stürze</i>                                                            |
| ▪ Sturzprotokoll                                                         |
| <i>Dekubitus</i>                                                         |
| ▪ Dekubitusscreening                                                     |

## 4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

### Arbeits- und Gesundheitsschutz

|                                          |                                                                  |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                              | <i>Ausrollen der Branchenlösung von H+</i>                       |
| <b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b> | <i>Gesamte Klinik</i>                                            |
| <b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)     | <i>kontinuierlich</i>                                            |
| <b>Art des Projekts</b>                  | <i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>            |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>         | <i>Alle Berufsgruppen der Klinik</i>                             |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>    | <i>Schulungen zu Arbeitssicherheit finden regelmässig statt.</i> |

### Traumaboard

|                                          |                                                                                                                                            |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                              | <i>Optimierung von Outcome und Qualitätssicherung</i>                                                                                      |
| <b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b> | <i>Medizinische Bereiche, Belegärzte</i>                                                                                                   |
| <b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)     | <i>kontinuierlich</i>                                                                                                                      |
| <b>Art des Projekts</b>                  | <i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>                                                                                      |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>         | <i>Ärzte und Pflege des Ortho-Notfalls, Belegärzte, Labor, Radiologie, OP, IMC, Pflegestationen, Administration</i>                        |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>    | <i>Etabliertes Austauschgefäss im Sinn einer optimalen interprofessionellen Zusammenarbeit, gewährleistet anhaltende Weiterentwicklung</i> |

### PROMs

|                                          |                                                                                                                                |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                              | <i>Patienten mit Hüft- und Knie TP und Schulter-TP werden mit einem validierten Fragebogen in zeitlichen Abständen befragt</i> |
| <b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b> | <i>Qualitätsmanagement</i>                                                                                                     |
| <b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)     | <i>kontinuierlich</i>                                                                                                          |
| <b>Art des Projekts</b>                  | <i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>                                                                          |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>         | <i>Belegärzte, Anästhesie</i>                                                                                                  |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>    | <i>In 2022 Wechsel auf den Softwareanbieter Sublimd</i>                                                                        |

## Betriebliches Gesundheitsmanagement "Gsund im Merian"

|                                          |                                                            |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                              | <i>Mitarbeitende für Gesundheitsthemen sensibilisieren</i> |
| <b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b> | <i>Gesamte Klinik</i>                                      |
| <b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)     | <i>kontinuierlich</i>                                      |
| <b>Art des Projekts</b>                  | <i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>      |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>         | <i>Alle Berufsgruppen</i>                                  |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>    | <i>Regelmässige Evaluation der Angebote</i>                |

## Patientensicherheit - CIRS

|                                          |                                                                                                                             |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                              | <i>Erfassung von kritischen Situationen und Beinaheunfällen im CIRS System</i>                                              |
| <b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b> | <i>Gesamte Klinik</i>                                                                                                       |
| <b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)     | <i>kontinuierlich</i>                                                                                                       |
| <b>Art des Projekts</b>                  | <i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>                                                                       |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>         | <i>Ärzte, Pflege, Hauswirtschaft, Therapeuten, Technik</i>                                                                  |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>    | <i>Eingehende CIRS Fälle werden regelmässig besprochen und Massnahmen werden geplant um Sicherheitslücken zu schliessen</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 2010 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.

## 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>                                                                    | 2012    |
| <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>                                                         | 1999    |
| <b>SIRIS</b><br>Schweizerisches Implantat-Register SIRIS                              | Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie                                                                                                    | Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin<br><a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a><br><a href="http://siris-spine.com/">siris-spine.com/</a> | 2012    |
| <b>SOL-DHR</b><br>Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister             | Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie                                                                                                              | SOL-DHR, USB Basel<br><a href="mailto:info@sol-dhr.ch">info@sol-dhr.ch</a><br><a href="http://www.sol-dhr.ch/">www.sol-dhr.ch/</a>                                                        | 2011    |
| <b>Swissnoso SSI</b><br>Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen | Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin | Verein Swissnoso<br><a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>                                                                                                                | 2009    |

## 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 |
| ISO 9001:2015                                  | Gesamte Klinik                                    | 2015                                        | 2024                                           |            |
| REKOLE                                         | Finanzen & Controlling                            | 2013                                        | 2024                                           |            |
| QUALAB                                         | Labor                                             | 1992                                        | 2022                                           |            |
| Zertifizierte IMC nach den Richtlinien der SGI | IMC                                               | 2019                                        | 2024                                           |            |
| A-CERT                                         | Anästhesie                                        | 2023                                        | 2024                                           |            |

# **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: [Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie](#)

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung stationäre Patientinnen und Patienten

*Die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsbefragung liefern wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten die Behandlung und Betreuung während ihres Aufenthaltes erlebt haben. Dies ermöglicht der Merian Iselin Klinik, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten.*

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.  
Die Befragung wurde in allen Abteilungen der Klinik durchgeführt.

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

*Alle stationäre Patientinnen und Patienten bekommen einen Link zur elektronischen Patientenzufriedenheitsbefragung zugesandt. Den Fragebogen können Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthaltes ausfüllen oder danach.*

#### Messergebnisse

*87 % der Patientinnen und Patienten beurteilen die Behandlung und Betreuung die sie erhalten haben als "sehr gut". 99% der Patientinnen und Patienten würden die Merian Iselin Klinik bei Bedarf ihrer Familie oder ihren Freunden weiterempfehlen. Die Rückmeldungen in Form von Freitexteingaben wurden hinsichtlich Verbesserungspotential analysiert und es wurden Massnahmen daraus abgeleitet.*

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

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie

Qualitätsmanagement

Birgit Hall

Leiterin Qualitätsmanagement

+41 61 305 13 92

[birgit.hall@merianiselin.ch](mailto:birgit.hall@merianiselin.ch)

Mo - Do

Seit Mai 2012 existiert die unabhängige  
„Ombudsstelle Spitäler“ der Vereinigung  
Nordwestschweizer Spitäler (VNS)

## 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 Mitarbeiterzufriedenheitsmessung

*Die Pulsbefragung der Mitarbeitenden ist ein kompaktes, jährlich durchgeführtes Instrument zur Erfassung der aktuellen Stimmung, Zufriedenheit und Belastungssituationen im Arbeitsalltag. Die Pulsbefragung ergänzt eine umfassende Mitarbeitendenbefragung und ermöglicht eine zeitnahe Rückmeldung zu zentralen Themen wie Zusammenarbeit, Arbeitsbedingungen und Kommunikation.*

*Die Befragung erfolgt anonym und digital. Die Ergebnisse werden strukturiert ausgewertet und auf Bereichs- sowie Gesamtklinikebene analysiert. Auf dieser Basis werden gezielte Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, zur Stärkung der Führungskultur und zur Förderung der Mitarbeitendenzufriedenheit definiert und nachverfolgt.*

*Die Pulsbefragung dient somit als Frühindikator für organisatorische Entwicklungen und unterstützt die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualitäts- und Unternehmenskultur der Merian Iselin Klinik.*

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Monat Oktober durchgeführt.  
*Alle Mitarbeitenden der Klinik werden befragt*

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

*Die Ergebnisse der Pulsbefragung zur Mitarbeiterzufriedenheit vom Oktober 2025 zeigt ein erfreuliches Bild. Die Mehrheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist mit der Klinik als Arbeitgeber und mit ihrer derzeitigen Arbeitssituation zufrieden.*

#### 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: [Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie](#)

## 10 Operationen

### 10.1 Hüft- und Knieprothetik

Im Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie werden alle in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein implantierten künstlichen Knie- und Hüftgelenke registriert. Eingeschlossen sind alle Eingriffe mit Totalprothesen und Teilprothesen, jedoch keine Osteosynthesen. Dabei werden nur die Daten von Patientinnen und Patienten erfasst, die ihr schriftliches Einverständnis zur elektronischen Datenverarbeitung im SIRIS Register gegeben haben. Die SIRIS Stiftung führt das Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie im Auftrag des ANQ.

Bei der Auswertung der Registerdaten stehen die sogenannten 2-Jahres-Revisionsraten im Fokus. Die Raten weisen den Anteil an Folgeoperationen (Revisionen) innerhalb von zwei Jahren nach der ersten Implantation aus und werden für bestimmte Zeitintervalle berechnet. Der ANQ publiziert jährlich die risikoadjustierten 2-Jahres-Revisionsraten für Hüft- und Knie totalprothesen bei primärer Arthrose. Die Berichtsperiode der Publikation beinhaltet jeweils die Anzahl der beobachteten Eingriffe über einen Zeitraum von vier Jahren.

#### Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) und [www.siris-implant.ch](http://www.siris-implant.ch) verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie](#)

| Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe: |
|---------------------------------------------------------------------|
| ▪ Primäre Hüfttotalprothesen                                        |
| ▪ Primäre Knieprothesen                                             |

## 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: [Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie](#)

#### Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
- Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

## 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 Sturzprotokoll

*Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf eine tiefere Ebene zu liegen kommt (WHO, 2007). Damit sind alle Ereignisse gemeint, bei denen die betroffene Person unfreiwillig eine tiefere Ebene erreicht. Beinahe Stürze, im Beisein einer Pflegeperson, beispielsweise im Sitzen auf der Toilette oder am Bettrand werden in der Literatur unterschiedlich zugeordnet und müssen ebenfalls im Rahmen der Risikoeinschätzung und bei der Erfassung eines Sturzprotokolls berücksichtigt werden.*

#### **Risikoerkennung/Screening**

*Der erste Schritt im Risikomanagement-Prozess beinhaltet das Erkennen eines erhöhten Sturzrisikos. Durch den Einbezug evidenzbasierter Risikofaktoren zur Risikoerkennung können bei der Risikogruppe gezielte Massnahmen zur Sturzprävention umgesetzt werden. Aufgrund der raschen Veränderung des Allgemeinzustandes des Patienten ist eine regelmässige Risikoerkennung notwendig. Nach einer Operation besteht auch bei jungen Menschen eine erhöhte Sturzgefahr*

#### **Reaktion auf einen Sturz**

*Oberstes Gebot nach einem Sturz ist die Bewahrung des Patienten vor weiterem Schaden. Nach der klinischen Beurteilung der Sturzfolgen und gegebenenfalls nötiger Sofortmassnahmen ist ein systematisch strukturiertes Sturzprotokoll zur Ereignisanalyse und zur Qualitätssicherung zu erstellen. Die Erkenntnisse aus der Analyse fliessen wieder in die Beurteilung der Risikofaktoren ein.*

*Die Merian Iselin Klinik stellt als Institution Hilfsmittel sowie Ressourcen zur Sturzprävention zur Verfügung. Dazu gehören technische Hilfsmittel (wie zum Beispiel die Erreichbarkeit des Lichtschalters, Bremsen an Nachttischen und Betten, WC-Stühlen und Gehilfen) und räumliche Voraussetzungen (Beschaffenheit des Fussbodens, Haltemöglichkeiten). Die Edukation des interprofessionellen Teams wird durch die Pflegeentwicklung durchgeführt und somit sichergestellt.*

*Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.  
Die Messung hat in allen Abteilungen stattgefunden.*

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

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

## 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 Dekubitusscreening

*Die Entwicklung eines Dekubitus in einem Spital, einer Klinik stellt für Patienten eine Komplikation ihres Spitalaufenthaltes dar und kann mit gesteigerter Mortalität, verlängertem Spitalaufenthalt und höheren Kosten in Verbindung gebracht werden. Sowohl ein Dekubitus an sich, als auch die erforderlichen Verbandswechsel können starke Schmerzen verursachen und die Lebensqualität betroffener Patienten einschränken. Die Verhinderung eines Dekubitus trägt somit dazu bei, unnötiges Leiden und unnötige Kosten zu vermeiden.*

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.  
Die Messung hat in allen Abteilungen stattgefunden.

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

#### 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 Onboarding Pflege

Anfang 2025 wurde für Pflegemitarbeitende ein speziell zugeschnittenes Programm angeboten, welches sie optimal auf die bevorstehende Patientenbetreuung vorbereitet. Das Ziel des Projekts Onboarding Pflege ist, eine professionelle Einführung und schnelle Orientierung zu gewährleisten sowie sichere Abläufe und ein gestärktes berufliches Netzwerk zu bieten.

Im ersten Jahr des Projekts Onboarding Pflege konnte viel erreicht werden. Mit seinem ganzheitlichen Konzept schafft das Projekt Onboarding Pflege optimale Voraussetzungen für eine erfolgreiche und langfristige Integration neuer Kolleginnen und Kollegen.

### 17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

#### 17.2.1 Alle Projekte sind aktuell und laufend

Die Projekte die im Qualitätsbericht aufgeführt werden, sind aktuell.

### 17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

#### 17.3.1 ISO 9001:2015

Seit 2015 ist die Merian Iselin Klinik nach der ISO Norm 9001:2015 zertifiziert. Die ISO 9001:2015 ist das weltweit bekannteste Managementsystem.

#### 17.3.2 Zertifizierte IMC

Im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaften für Intensivmedizin, Anästhesiologie und Reanimation, Kardiologie, Chirurgie, Kinderchirurgie, Allgemeine Innere Medizin, Neonatologie, Pädiatrie und der Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies, wurde eine multidisziplinäre Interessensgemeinschaft gebildet, die Richtlinien für die Anerkennung von IMC-Units erarbeitet hat. Diese Richtlinien erfüllt die IMC der Merian Iselin Klinik und hält einer jährlichen Überprüfung stand.

#### 17.3.3 A-Cert (Anästhesie)

Das Qualitätslabel A-CERT bildet den fünften Punkt der SSAPM Qualitätsstrategie 2020 ab. Durch die Möglichkeit einer fachspezifischen, professionellen Zertifizierung werden die Qualitätsvorgaben der Fachgesellschaft systematisch überprüft.

## 18 Schlusswort und Ausblick

Qualität ist für die Merian Iselin Klinik kein statischer Zustand, sondern ein fortlaufender Entwicklungsprozess. Im Berichtsjahr 2025 konnten bestehende Qualitätsstandards erfolgreich gesichert und weiterentwickelt werden. Besonders die konsequente Messung von Behandlungsqualität, die Stärkung der Patientensicherheit sowie die Weiterentwicklung digitaler Instrumente zur Erfassung von Patientenrückmeldungen unterstreichen den Anspruch, medizinische Exzellenz mit Transparenz und Verantwortungsbewusstsein zu verbinden.

Die erzielten Fortschritte sind das Ergebnis des engagierten Einsatzes aller Mitarbeitenden, Belegärztinnen und Belegärzte sowie Führungskräfte. Ihre Fachkompetenz, ihre interprofessionelle Zusammenarbeit und ihr Qualitätsbewusstsein bilden die Grundlage für die hohe Versorgungsqualität der Merian Iselin Klinik.

Unser Dank gilt ebenso unseren Patientinnen und Patienten für ihr Vertrauen sowie unseren Zuweisenden und Partnerinstitutionen für die konstruktive Zusammenarbeit.

Auch in den kommenden Jahren bleibt die Weiterentwicklung der Qualität ein strategischer Schwerpunkt der Merian Iselin Klinik. Dabei stehen folgende Themen im Fokus:

- Weiterer Ausbau der datenbasierten Qualitätssteuerung
- Vertiefung der Outcome-Messung (PROMs) und Patientenerfahrungsanalysen (PREMs)
- Optimierung klinischer Behandlungspfade
- Stärkung der Sicherheitskultur und des Risikomanagements
- Gezielte Investitionen in Digitalisierung und Infrastruktur
- Förderung von Fachkompetenz, Leadership und Mitarbeitendenentwicklung

Die Merian Iselin Klinik wird ihre Qualitätskennzahlen weiterhin analysieren und sie zur kontinuierlichen Verbesserung nutzen. Ziel ist es, medizinische Ergebnisse, Patientenerfahrung und Prozesseffizienz in Einklang zu bringen und so eine nachhaltige, verantwortungsvolle und zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Die Merian Iselin Klinik ist überzeugt, dass eine klare strategische Ausrichtung, eine offene Lernkultur und die konsequente Einbindung aller Beteiligten die entscheidenden Faktoren für langfristigen Erfolg und hohe Versorgungsqualität sind.

Mit diesem Anspruch blickt die Merian Iselin Klinik zuversichtlich in die kommenden Jahre.

## 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>Hals-Nasen-Ohren</b>                                                                       |
| Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)                                                              |
| Hals- und Gesichtschirurgie                                                                   |
| Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen                                                     |
| Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen) |
| <b>Gefäße</b>                                                                                 |
| Interventionen periphere Gefäße (arteriell)                                                   |
| <b>Urologie</b>                                                                               |
| Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'                                          |
| Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'                                           |
| Radikale Prostatektomie                                                                       |
| Komplexe Chirurgie der Niere                                                                  |
| Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial                                   |
| <b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>                                                           |
| Chirurgie Bewegungsapparat                                                                    |
| Orthopädie                                                                                    |
| Handchirurgie                                                                                 |
| Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens                                                   |
| Arthroskopie des Knies                                                                        |
| Rekonstruktion obere Extremität                                                               |
| Rekonstruktion untere Extremität                                                              |
| Erstprothese Hüfte                                                                            |
| Erstprothese Knie                                                                             |
| Wechseloperationen Hüftprothesen                                                              |
| Wechseloperationen Knieprothesen                                                              |
| <b>Rheumatologie</b>                                                                          |
| Rheumatologie                                                                                 |

## 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).