

Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

22.05.2025
Nadine Engler, CEO

Version 1



Universitäre Altersmedizin FELIX
PLATTER

www.felixplatter.ch



Akutsomatik



Psychiatrie



Rehabilitation

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
Karine Munzer
Leiterin Qualitäts- und Risikomanagement
+41 61 326 4076
karine.munzer@felixplatter.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	8
2.1 Organigramm	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025	12
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	14
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	15
4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG	15
4.2 Teilnahme an nationalen Messungen	17
4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	17
4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	18
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte	19
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	25
4.5.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews	
4.5.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)	25
4.6 Registerübersicht	26
4.7 Zertifizierungsübersicht	27
QUALITÄTSMESSUNGEN	28
Erhebung der Patientenerfahrung	29
5 Patientenerfahrung	29
5.1 Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik	29
5.2 Eigene Befragung	30
5.2.1 Kontinuierliche strukturierte Patientenbefragung	30
5.3 Beschwerdemanagement	30
6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern	
<i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.</i>	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	31
7.1 Eigene Befragung	31
7.1.1 Kontinuierliche Mitarbeiterzufriedenheitsmessung (MAZ) im Pflegedienst	31
8 Zuweiserzufriedenheit	
<i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.</i>	
Behandlungsqualität	32
Messungen in der Akutsomatik	32
9 Wiedereintritte	
<i>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.</i>	
10 Operationen	
<i>Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.</i>	
11 Infektionen	32
11.1 Eigene Messung	32
11.1.1 Prävalenz nosokomiale Infekte	32
12 Stürze	33
12.1 Eigene Messung	33
12.1.1 Kontinuierliche Sturzerfassung	33
13 Dekubitus	34
13.1 Eigene Messungen	34
13.1.1 Kontinuierliche Dekubitus-Erfassung	34
Psychiatriespezifische Messungen	35

14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung	35
14.1	Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM) in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	35
14.2	Eigene Messung	36
14.2.1	HoNOS.....	36
	Rehaspezifische Messungen	37
15	Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit	37
15.1	Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation	37
	Weitere Qualitätsaktivitäten	38
16	Weitere Qualitätsmessung	38
16.1	Weitere eigene Messung	38
16.1.1	CleanHands (Händehygiene) (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation)	38
17	Projekte im Detail	39
17.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	39
17.1.1	Umsetzung Konzept Link Nurse für Infektionsprävention	39
17.1.2	Digitalisierung Leanhospital	39
17.1.3	Optimierung Strukturen und Prozesse ambulante Angebote.....	40
17.1.4	Weiterentwicklung betriebliches Umweltmanagementsystem	40
17.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025	41
17.2.1	Fokus Arbeitsbedingungen	41
17.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	42
17.3.1	SanaCERT Suisse	42
17.3.2	SWISS REHA.....	42
17.3.3	ISO 9001:2015	43
17.3.4	ISO 14001:2015	43
17.3.5	AltersTraumaZentrum DGU	44
17.3.6	eduQua:2021	44
17.3.7	SIWF Ärztliche Weiterbildungsstätte.....	45
18	Schlusswort und Ausblick	46
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	47
	Akutsomatik	47
	Psychiatrie	47
	Rehabilitation.....	48
	Herausgeber	51

1 Einleitung

Die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER ist seit 2012 eine öffentlich-rechtliche Institution, dessen Eigner der Kanton Basel-Stadt ist. Die Qualitätsentwicklung und -sicherung sind fest in unserer strategischen Ausrichtung verankert und prägen unsere Prozesse wesentlich.

In diesem Rahmen erbringt unser Spital weiterhin hochwertige und effiziente medizinische, pflegerische und therapeutische Leistungen, die auf die komplexen Bedürfnisse unserer multimorbiden und hochbetagten Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind und ihre Versorgung sicherstellen. Qualität verstehen wir dabei als zentralen Erfolgsfaktor, der sowohl unser tägliches Handeln als auch unsere langfristige Weiterentwicklung bestimmt. Unser Qualitätsmanagementsystem orientiert sich an anerkannten branchenspezifischen Standards und wird kontinuierlich weiterentwickelt. Regelmässige Audits durch unabhängige Zertifizierungsstellen unterstützen diesen Prozess, gewährleisten Transparenz und bestätigen die nachhaltige Erfüllung unserer Qualitätsanforderungen.

Wie bereits in den vergangenen Jahren stand auch 2025 die kontinuierliche Verbesserung unserer Leistungen im Mittelpunkt. Durch die Weiterentwicklung unseres breit abgestützten Qualitätsmanagementsystems, durch interne und externe Audits sowie durch einen konsequent gelebten Verbesserungsansatz konnten wir weitere wichtige Meilensteine und Erfolge im Bereich der externen Qualitätszertifizierungen erreichen. Ein externes Audit bestätigte zudem die vollständige Umsetzung sämtlicher Kriterien des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG. Parallel dazu entwickeln wir unsere Prozesse stetig weiter und stärken unsere strukturierten Qualitäts- und Optimierungsmechanismen, um eine nachhaltig hohe Versorgungsqualität sicherzustellen.

Auch 2025 bildete die Weiterentwicklung und Förderung unserer Mitarbeitenden einen zentralen Schwerpunkt unserer Qualitätsarbeit. Als vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannte Weiterbildungsstätte und als nach eduQa rezertifizierte Institution bieten wir qualitativ hochwertige Weiterbildungsangebote und schaffen damit eine solide Grundlage für fachliche Kompetenz und berufliche Entwicklung. Ergänzend dazu stärkt das etablierte „Programm Arbeitsbedingungen“, unter der Leitung der Unternehmensentwicklung, die Mitarbeitenden partizipativ. Vertreterinnen und Vertreter aller Berufsgruppen bringen Themen aus dem Arbeitsalltag ein, diskutieren Herausforderungen und entwickeln konkrete Verbesserungsmöglichkeiten, die schrittweise umgesetzt werden. So fördern wir ein gesundes, attraktives und lernorientiertes Arbeitsumfeld.

Erfolgreich absolvierte Zertifizierungsprozesse im Jahr 2025:

- Erfolgreiche Re-Zertifizierung nach ISO 9001:2015
- Positiver Abschluss des Pilotaudits zum Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG
- Erfolgreiche Re-Zertifizierung nach eduQa:2021
- Positiver Abschluss des Überwachungsaudits nach sanaCERT Suisse
- Erfolgreicher Abschluss des Stage-One-Audits im Rahmen der Vorbereitung zur Erstzertifizierung nach ISO 14001:2015

2025 konnten wir zudem im Bereich der patientenzentrierten Qualitätsentwicklung wichtige Fortschritte erzielen. Im Mittelpunkt stand die erfolgreiche Einführung unseres neu entwickelten digitalen Feedbackmanagements, das sich an den Prinzipien der Patient Reported Experience Measures (PREMs) orientiert. Mit der Einführung dieses modernen Erfassungssystems gelingt es, Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen und Besuchenden gezielt und zeitnah zu erfassen. Die verbesserte Datenbasis ermöglicht präzisere Auswertungen der Zufriedenheit und unterstützt uns dabei, Verbesserungspotenziale frühzeitig zu erkennen und Massnahmen wirksam umzusetzen. Ergänzend wurde die Weiterführung der Patient-Reported Outcome Measures (PROM) fortgesetzt, um das Bild der patientenzentrierten Qualität durch ergebnisbezogene Rückmeldungen abzurunden.

Parallel dazu wurde mit der Einführung eines strukturierten Link-Nurse-Konzepts ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Infektionsprävention umgesetzt. Durch ein dezentral wirkendes Netzwerk geschulter Link Nurses, das in enger Zusammenarbeit mit der Fachexpertin für Infektionsprävention und den Hygieneverantwortlichen arbeitet, werden evidenzbasierte Präventionsmassnahmen im Stationsalltag gezielt unterstützt. Dieses Vorgehen trägt wesentlich zur Umsetzung der Swiss-Noso-Ziele bei und stärkt die organisationsweite Sensibilisierung für sichere und präventionsorientierte Versorgungsprozesse.

Gleichzeitig wurde die konzeptionelle Grundlage für ein neues Quality Dashboard geschaffen. Dieses soll künftig eine moderne, transparente und agile Darstellung zentraler Qualitätskennzahlen ermöglichen und das Monitoring weiter professionalisieren. Die ersten Grundlagen wurden 2025 gelegt; im Jahr 2026 wird das Dashboard inhaltlich weiterentwickelt und technisch ausgebaut, um ein dynamisches Instrument zu schaffen, das Trends frühzeitig sichtbar macht und die kontinuierliche Qualitätssteuerung wirkungsvoll unterstützt.

Im Bereich Nachhaltigkeit wurden 2025 entscheidende Voraussetzungen für die im Jahr 2026 geplante Erstzertifizierung geschaffen. Mit dem erfolgreich absolvierten Stage-One-Audit Ende des Jahres konnten wesentliche Anforderungen bestätigt und zentrale Prozesse validiert werden, als Vorbereitung auf die Erstzertifizierung nach ISO 14001:2015.

Mit der Schaffung von drei neuen Schwerpunktbereichen, der Akuten Altersmedizin, der Rehabilitation und Neurologie sowie dem Bereich für Dementielle Erkrankungen, wurden 2025 wichtige strukturelle Weichen gestellt, um unsere fachliche Ausrichtung weiter zu stärken und Synergien zwischen Versorgung, Qualitätsentwicklung und Forschung gezielt auszubauen. Diese Neuorganisation unterstützt eine präzisere Schwerpunktsetzung und fördert die systematische Weiterentwicklung medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Kompetenzfelder. Unsere aktive Beteiligung an Forschungsprojekten stärkt zudem die Position unseres Spitals an der Schnittstelle von klinischer Versorgung, Wissenschaft und Innovation. Als universitäre Einrichtung engagieren wir uns laufend in renommierten Studien und Kooperationen, die es uns ermöglichen, diagnostische und therapeutische Angebote weiterzuentwickeln und unseren Patientinnen und Patienten sichere sowie innovative Behandlungsmöglichkeiten anzubieten.

Die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER nimmt mit ihrer hohen Bettenauslastung und einer stabilen wirtschaftlichen Basis auch künftig eine zentrale Rolle in der regionalen Gesundheitsversorgung ein. Getragen von Mitarbeitenden, die den steigenden Anforderungen mit grossem Engagement und hoher Fachkompetenz begegnen, konnten wir 2025 wichtige Fortschritte erzielen und zentrale Grundlagen für die Weiterentwicklung unserer Qualitätssysteme schaffen. 2026 richten wir den Blick bewusst nach vorne: Im Zentrum stehen die konsequente Fortführung unserer Qualitätsentwicklung, der Ausbau zentraler Steuerungsinstrumente sowie die Vertiefung unserer Nachhaltigkeitsaktivitäten.

Durch gezielte strukturelle Weiterentwicklungen und Innovationen wollen wir unsere Organisation noch agiler, transparenter und zukunftsfähiger gestalten, und damit die Grundlage für eine sichere, hochwertige und patientenzentrierte Versorgung unserer Patientinnen und Patienten stärken.

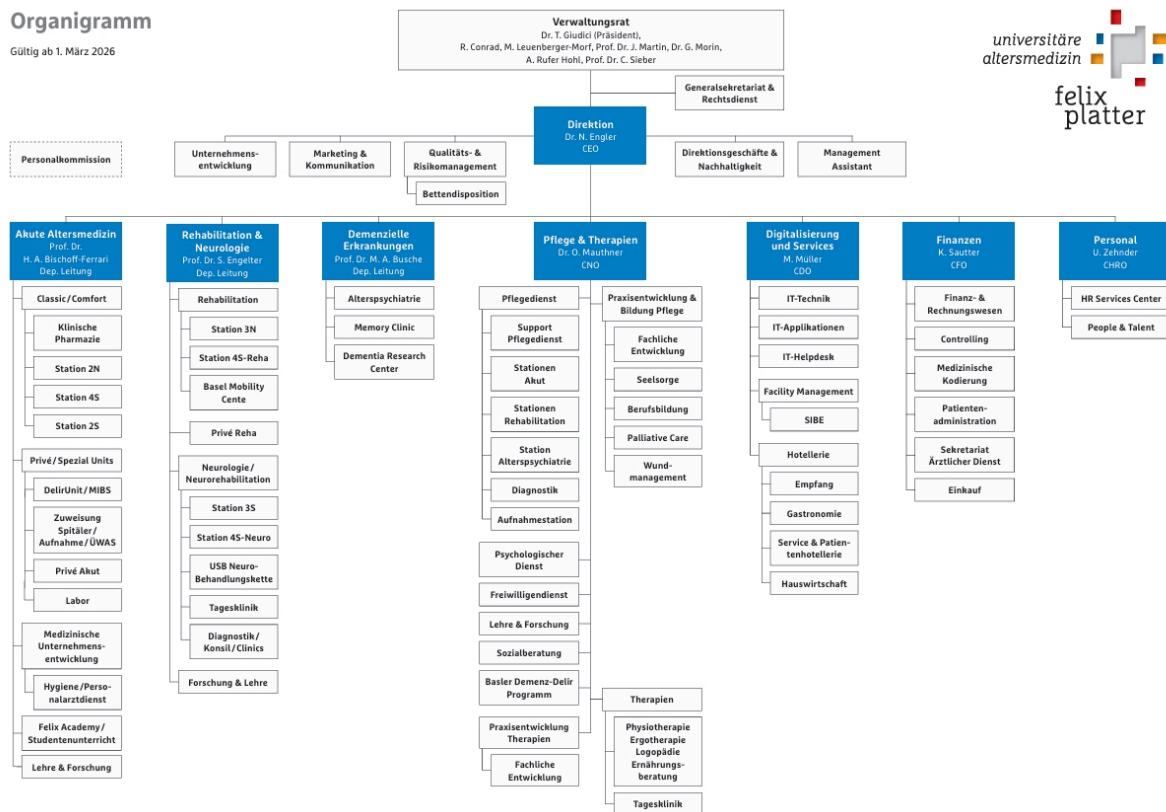
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm

Gültig ab 1. März 2026



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **170** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Karine Munzer

Leitung Qualitäts- und Risikomanagement

+41 61 326 40 76

karine.munzer@felixplatter.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualität wird in der Universitären Altersmedizin FELIX PLATTER als ein wichtiger Erfolgsfaktor angesehen.

Im Rahmen der Weiterentwicklung wurde unsere Qualitätspolitik im Jahr 2025 durch die erweiterte Geschäftsleitung überprüft und ergänzt. Unsere aktuelle Unternehmens- und Qualitätspolitik beinhaltet folgende Schwerpunkte:

- **Kundenorientierung**

Unsere vielfältigen Anspruchsgruppen erleben uns als kompetenten, zuverlässigen und innovativen Leistungserbringer. Gemeinsam mit unseren Partnern erbringen wir die ganzheitlich-integrierte multidimensionale altersmedizinische Versorgung, die auf die Anforderungen und Bedürfnisse unserer Anspruchsgruppen ausgerichtet ist.

- **Mitarbeiterorientierung**

Wir bieten unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine berufliche Tätigkeit, die Sinn stiftet und Entwicklungen ermöglicht. Wir wollen als ein attraktiver, zeitgemässer Arbeitgeber mit einer fortschrittlichen und sozialverantwortlichen Personalpolitik wahrgenommen werden, der sich mit Überzeugung in der Aus- und Weiterbildung engagiert, damit sich unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihren Fähigkeiten und Kompetenzen den Kundenerwartungen widmen können.

- **Nachhaltigkeitsmanagement**

Unser Nachhaltigkeitsmanagement setzt sich kontinuierlich mit den ökologischen, sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen unserer Tätigkeiten wie auch mit möglichen externen Einflüssen auf das Unternehmen auseinander. Um negative Einflüsse zu reduzieren und positive Elemente zu stärken, definieren wir geeignete Ziele und Massnahmen.

- **Prozessorientierung**

Wir gestalten unsere Unternehmensprozesse so, dass wir unsere Leistungen in der definierten Qualität, Wirtschaftlichkeit und Sicherheit erbringen können. Dabei berücksichtigen wir gesetzliche und behördliche Vorgaben und Rahmenbedingungen, gehen sorgsam mit Ressourcen um und bedenken stets die potenziellen Auswirkungen unserer Tätigkeiten.

- **Lehre und Forschung**

In den altersmedizinischen Schwerpunkten Kognition, Mobilität und Ernährung nehmen wir in Forschung und klinischer Praxis national und international eine Spitzenstellung ein und stärken die universitär-medizinische Ausstrahlung der Region. Wir leisten einen Beitrag in der Lehre und Forschung, insbesondere in Zusammenarbeit mit der Universität Basel. Wir engagieren uns mit Überzeugung in der Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen.

- **Verbesserung, Entwicklung und Innovation**

Wir fördern eine positive Feedbackkultur und schaffen Raum für Verbesserung und Entwicklung. Mit unserem kontinuierlichem Verbesserungsprozess (KVP) entwickeln wir uns mit Engagement aller Mitarbeitenden auf allen Ebenen weiter und bringen unsere Qualität und Nachhaltigkeit voran. Dabei treiben wir Innovation aktiv voran, indem wir neue Ideen fördern, zukunftsweisende Lösungen entwickeln und den Wandel in unserem Unternehmen mitgestalten.

▪ **Risikomanagement**

Wir reduzieren durch ein systematisches Risikomanagement die wesentlichen Risiken und deren Folgen, die eine Auswirkung auf die strategische Zielerreichung, die operative Leistungserbringung und die Umwelt haben können.

▪ **Wirtschaftlichkeit**

Wir setzen finanzielle Mittel verantwortungsvoll und zielgerecht ein, um eine qualitativ hochwertige und sichere Versorgung sicherzustellen. Durch effiziente Prozesse und transparente Ressourcenplanung schaffen wir die Grundlage für langfristige Stabilität und Selbstständigkeit zur Erfüllung des Behandlungsauftrages im Interesse unserer Patientinnen und Patienten.

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

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

Qualitätssicherung bildet die Grundlage für stabile und verlässliche Prozesse. Interne und externe Audits unterstützen diesen Anspruch, indem sie die Wirksamkeit der Abläufe prüfen, Abweichungen sichtbar machen und gezielt Verbesserungen anstossen. Dadurch stärken sie den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) und fördern eine nachhaltige Qualitätsentwicklung.

▪ **Interne und externe Audits (Re- und Zertifizierungsaudit) im Jahr 2025**

Folgende **interne Audits** wurden durch die internen Auditoren im Jahr 2025 durchgeführt:

- Eintritt, Behandlung, Austritt / die Audits wurde auf 4 Bettenstationen durchgeführt
- Therapeutische Interventionen in der Logopädie
- Therapeutische Interventionen in der Ernährungstherapie
- Spirituelle Interventionen durch die Seelsorge
- Labor
- Betten- und Termin-Disposition
- Sicherheit Personal & Infrastruktur
- Berufsbildung und Onboarding in der Pflege
- Empfang
- Debitoren Dritte, Kreditoren im Rechnungswesen
- ICT
- Klinische Ethik

SanaCERT Standards:

- Standard Sichere Medikation
- Standard Mitarbeitende Menschen- Human Resources
- Standard Feedbackmanagement

Folgende **externe Audits** haben im Jahr 2025 erfolgreich stattgefunden:

- ISO 9001:2015 Re-Zertifizierung
- Pilotaudit zum Qualitätsvertrag Art. 58a KVG
- sanaCERT Suisse, Überwachungsaudit
- eduQa:2021: Re-Zertifizierung mit Updgrade auf die neuste Normversion und Erweiterung des Spektrums

- *Stage one Audit ISO 14001:2015 vorbereitend auf die Erstzertifizierung zum Umweltmanagement*
- *SIWF Visitation der Weiterbildungsstätte in der Alterspsychiatrie*

- **Einführung Konzept Link-Nurse in der Infektionsprävention und Spitalhygiene**

Im Berichtsjahr wurden wichtige Weiterentwicklungen im Bereich der Infektionsprävention und des Qualitätsmanagements umgesetzt. Ein zentraler Schwerpunkt lag auf der Einführung und Umsetzung des Link-Nurse-Konzeptes. Ziel dieses Ansatzes ist es, in jeder Abteilung eine speziell geschulte Ansprechperson für infektpreventive Fragestellungen zu etablieren. Nach der erfolgreichen Anwendung des Konzeptes in den Altersheimen befindet sich die Umsetzung in unserer Institution derzeit in der konkreten Ausarbeitung. Der entsprechende H+-Kurs wurde an der UAFP durchgeführt, und seit September 2025 sind die Link Nurses aktiv auf den Stationen im Einsatz und nehmen ihre Aufgaben in der Infektionsprävention wahr. Durch diesen niederschweligen, dezentralen Ansatz können infektpreventive Themen direkt vor Ort adressiert und Massnahmen effizienter umgesetzt werden.

- **Digitalisierung und Weiterentwicklung Lean Hospital**

Im Jahr 2025 lag der Fokus auf der Digitalisierung und Weiterentwicklung unserer Lean-Management-Instrumente (Leanhospital). Diese Massnahmen sind direkt in unseren kontinuierlichen Verbesserungsprozess eingebettet und unterstützen sowohl die Effizienzsteigerung als auch die Qualitätssicherung. Durch die Digitalisierung können wir Prozesse transparenter steuern und schneller optimieren. Gleichzeitig ermöglicht die Weiterentwicklung der Instrumente eine noch gezieltere Ausrichtung auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten sowie unserer Mitarbeitenden. Neu stehen sämtliche Huddleboards sowie das digitale Kaizenboard zur Verfügung, welche die Führung und Umsetzung der KVP-Meetings auf den Bettenstationen deutlich erleichtern und standardisieren.

- **Nachhaltigkeits- und Umweltmanagement**

Im Jahr 2025 lag der Schwerpunkt des Umweltmanagements auf der Vorbereitung der Erstzertifizierung nach der ISO-Norm 14001. In enger Zusammenarbeit mit dem Nachhaltigkeitsverantwortlichen wurde ein umfassendes Umsetzungskonzept erarbeitet. Ein zentraler Erfolgsfaktor war die Etablierung eines bereichsübergreifenden Nachhaltigkeitsteams, das regelmässig tagt und sämtliche relevanten Umwelt- und Nachhaltigkeitsaspekte systematisch bewertet sowie Massnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung ableitet. Diese Aktivitäten sind sowohl für den betrieblichen Fortschritt als auch im Hinblick auf die kantonalen Zielvorgaben – insbesondere das bis 2037 angestrebte Netto-Null-Ziel für CO₂-Emissionen, von hoher Bedeutung. Die Zertifizierung nach der ISO-Norm 14001 dient dabei als grundlegendes Instrument für den Aufbau eines wirksamen und kontinuierlich weiterentwickelten Umweltmanagementsystems.

- **Rollout neues Feedbackmanagement**

Das 2025 eingeführte Feedbackmanagement-System, mit Rollout im April, ermöglicht Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen und Besuchern, direkt über iPads Rückmeldungen in Echtzeit zu geben. Die strukturierte Befragung am dritten Aufenthaltstag stellt sicher, dass Zufriedenheitsaspekte frühzeitig erfasst werden. So können Unzufriedenheiten umgehend erkannt, passende Massnahmen sofort eingeleitet und den Beteiligten transparent kommuniziert werden. Durch die kontinuierliche Überprüfung dieser Massnahmen stärkt das System das Vertrauen in die Versorgung und trägt zu einer höheren Patientenzufriedenheit bei.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

In diesem Abschnitt wird auf die Arbeiten in unseren Qualitätsstandard und unsere Qualitätsverbesserungsmassnahmen näher eingegangen.

▪ **Qualitäts- und Risikomanagement**

Auch im Jahr 2025 steht die kontinuierliche Qualitätsverbesserung im Fokus. Durch den gezielten Ausbau unseres breit abgestützten QMS, regelmässige interne und externe Audits sowie einen konsequenten Verbesserungsprozess konnten wir weitere Meilensteine in der externen Qualitätszertifizierung erreichen. Die Anforderungen des neuen Qualitätsvertrags gemäss Art. 58a KVG wurden vollständig überprüft, umgesetzt und fliessen laufend in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess ein. Im Rahmen eines Pilotaudits wurden wir als erstes Spital der Schweiz durch eine externe Prüfstelle erfolgreich beurteilt. Die UAFP absolvierte im Januar 2025 erfolgreich die Re-Zertifizierung nach ISO 9001:2015. Kurz darauf folgte im März 2025 die Re-Zertifizierung mit Upgrade der Norm eduQua:2021. Gegen Ende des Jahres konzentrierten sich die Aktivitäten des Qualitäts- und Prozessmanagement-Teams auf die Vorbereitungen der anstehenden Re-Zertifizierung nach der ISO-Norm 9001:2015, einer Erstzertifizierung nach der ISO-Norm 14001:2015, sowie das Überwachungsaudit nach eduQua:2021, die im ersten Quartal 2026 geplant sind.

▪ **Feedbackmanagement**

Die neue Zufriedenheitsbefragung ist implementiert und wird konzeptionell gelebt. Die Befragungen erfolgen strukturiert und sind festgelegt. Es finden mindestens zwei Befragungen pro Aufenthalt statt, welche die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Besucher erfassen. Durch die strukturierten und zeitnahen Messungen werden die Ergebnisse interprofessionell sowie schnittstellenübergreifend ausgewertet und entsprechende Massnahmen eingeleitet.

▪ **Umgang mit kritischen Ereignissen (CIRS)**

Die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitsgruppen CIRS und Sichere Medikation wurde fortgeführt und 2025 weiter intensiviert. Die Arbeitsgruppe Sichere Medikation wurde als eigener CIRS-Zirkel Medikation in das CIRS-Portal integriert. Somit können medikationsbezogene CIRS-Meldungen direkt durch die verantwortlichen Personen bearbeitet und Massnahmen abgeleitet werden. Die Auswertung der CIRS-Meldungen, die Analyse kritischer Zwischenfälle sowie des Massnahmencontrollings zeigen, dass das CIRS ein effektives und zweckmässiges Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit darstellt. Die Überwachung der Kennzahlen, das Feedback aus internen Audits und die Empfehlungen aus Überwachungsaudits bzw. Re-Zertifizierungen tragen dazu bei, das Instrument im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses weiterzuentwickeln.

▪ **Mitarbeitende Menschen - Human Resources**

In den Bereichen Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), sowie der Rekrutierung wurden Konzepte entwickelt, um die Attraktivität des Unternehmens zu steigern und die Personalgewinnung zu verbessern. Das strukturierte Absenzenmanagement wurde nach der Pilotphase gemäss Projektplan im Jahr 2025 gesamtbetrieblich eingeführt und umgesetzt.

- **Ernährung**

Im Jahr 2025 konnten strukturelle Verbesserungen umgesetzt werden: Die Patientenhotellerie hat mit einem neu geschaffenen «Hotellerieboard» Zugang zu einem Teilbereich des Klinikinformationssystems und arbeitet mit einer eigenen Rubrik, in der Informationen zu Kostformen und Allergien an einem Ort zusammengefasst sind. Dadurch konnten die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen erheblich verbessert werden. Des Weiteren wurde die Übermittlung der Informationen des Foodscanners verbessert. Dank der Übertragung der Daten in das Klinikinformationssystem kann während der täglichen Visite die Nahrungsaufnahme als Vitalwert erfasst und bei Bedarf die Ernährung zeitnah angepasst werden. Dabei liegt der Fokus darauf, ein bedarfsgerechtes Angebot für Patientinnen und Patienten sicherzustellen und gleichzeitig den Foodwaste so gering wie möglich zu halten.

- **Sichere Medikation**

Die Sensibilisierung der Mitarbeitenden für sichere Medikation ist ein zentrales Anliegen der Arbeitsgruppe Sichere Medikation. Dabei wird nicht nur theoretisches Wissen vermittelt, sondern auch auf interaktive Lernmethoden gesetzt. Ein Beispiel dafür ist die Durchführung des „Room of Horrors - sichere Medikation“, das den neuesten Standards entspricht. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Sensibilisierung von Ärzten und Pflegekräften bezüglich der Antibiotikaresistenzen als Qualitätssicherungsmaßnahme zu den bereits etablierten klinisch-pharmazeutischen Visiten.

- **Sturzvermeidung**

Ein neues elektronisches Dashboard wurde auf allen Bettenstationen implementiert. Dies erlaubt ein zeitnahes Monitoring, eine detaillierte Auswertung und dient zur sofortigen Anwendung von Massnahmen. Sowie beim Thema der sicheren Medikation wurde auch im Rahmen der Sturzvermeidung ein Weiterbildungsformat nach «Room of Horrors» zur Früherkennung von Sturzrisiken und der generellen Sturzvermeidung entwickelt. Die Thematik bleibt weiterhin von hoher Priorität und wird fachlich kontinuierlich weiterentwickelt. Die Arbeitsgruppe «Sturzvermeidung» arbeitet aktiv im interprofessionellen Team weiter und setzt ihre Aktivitäten im Rahmen des Handlungsfeldes «Patientensicherheit» fort.

- **Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen (FEM)**

Die Arbeitsgruppe FEM arbeitet wirksam und zweckmässig. Bewegungseinschränkende Massnahmen werden nach den vorgegebenen Richtlinien durchgeführt. Die Zielsetzung bleibt weiterhin freiheitseinschränkende Massnahmen wo möglich zu reduzieren. Flankierend finden weiterhin regelmässige Fallbesprechungen, einschliesslich ethischer Fallbesprechungen sowie die Supervision durch einen externen Supervisor für Alterspsychiatrie statt. In diesem Rahmen werden regelmässig Situationen mit dem Erfordernis bewegungseinschränkender Massnahmen angeschaut und Verbesserungspotentiale identifiziert, geprüft und umgesetzt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Qualitätsentwicklung und -sicherung hat an der Universitären Altersmedizin FELIX PLATTER weiterhin einen hohen Stellenwert und gilt als zentraler Erfolgsfaktor. Gemäss unserer Strategie erbringen wir exzellente und effiziente Leistungen auf hohem medizinischem, pflegerischem und therapeutischem Niveau, insbesondere in der Versorgung multimorbider und betagter Patientinnen und Patienten.

Unser Qualitätsmanagementsystem (QMS) orientiert sich an branchenspezifischen Standards. Gemeinsam mit unseren Partnern verpflichten wir uns zur kontinuierlichen Optimierung und Überprüfung unserer Qualität. Externe Zertifizierungsstellen auditieren unsere Institution regelmässig. Auch im Jahr 2025 steht die kontinuierliche Qualitätsverbesserung weiterhin im Fokus. Durch den gezielten Ausbau unseres breit abgestützten QMS, regelmässige interne und externe Audits sowie einem konsequenten Verbesserungsprozess konnten wir weitere Meilensteine in der externen Qualitätszertifizierung erreichen.

Die Anforderungen des neuen Qualitätsvertrags gemäss Art. 58a KVG wurden vollständig überprüft, umgesetzt und fliessen fortlaufend in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess ein. Im Rahmen eines Pilotaudits wurden wir als erstes Spital der Schweiz durch eine externe Prüfstelle erfolgreich beurteilt.

Die kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Mitarbeitenden ist ein zentraler Bestandteil unseres Qualitätsanspruchs.

Unser Spital ist weiterhin als Weiterbildungsstätte durch das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannt.

Darüber hinaus erfolgten im Januar 2025 die Re-Zertifizierung nach der ISO-Norm 9001:2015 und im März 2025 die Re-Zertifizierung nach eduQua:2021. Damit gewährleisteten wir eine qualitativ hochwertige berufliche Weiterentwicklung auf hohem Niveau.

Ausblick zu den operativen Qualitätsziele 2026 nach folgenden Handlungsfeldern:

Qualitätsmanagement-System & Transparenz

- Aufbau eines integrierten Quality-Dashboards
- Weiterentwicklung eines flächendeckenden Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP)
- Durchführung eines internen Auditprogramms inkl. Überprüfung des PDCA-Zyklus

Qualitäts- und Zertifizierungsaktivitäten

- Erfolgreiches Überwachungsaudit eduQua:2021
- Erfolgreiches Überwachungsaudit ISO 9001:2015
- Erfolgreiches Überwachungsaudit sanaCERT
- Weiterentwicklung und Erstzertifizierung des Umweltmanagements nach ISO 14001:2015
- Vorbereitung auf die Re-Zertifizierung des AltersTraumaZentrums DGU®

Patientensicherheit & klinische Standards

- Weiterentwicklung aller sanaCERT-Qualitätsstandards mit Schwerpunkt Patientensicherheit
- Stärkung der Infektionspräventionsmassnahmen

Nationale Vorgaben & Qualitätsvertrag

- Weiterentwicklung und Umsetzung weiterer Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) gemäss Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG

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

Selbstdeklaration ¹ : 27.10.2025		Externe Überprüfung QV58a KVG ² : 17.01.2025			Kommentar Spital
		Ergebnis		Prüfstelle	
Qualitätsmanagementsystem	✓	kontinuierliche Verbesserung	●●●●●	Swiss Safety Center	
Qualitätskultur	✓	kontinuierliche Verbesserung Betriebsdurchdringung	●●●●● ●●●●○	Swiss Safety Center	
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Interaktives Lernen im Room of Horrors	✓				
▪ Mitarbeitendenbefragung	✓				
▪ Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	⚙				
▪ Qualitätszirkel	✓				
Patientensicherheit	-	kontinuierliche Verbesserung Betriebsdurchdringung	○●○○○ ○●○○○	noch nicht geprüft	
▪ Prävention akuter Verwirrtheit	⚙				
▪ Freiheitsbeschränkende Massnahmen	✓				
▪ Management der Mangelernährung	✓				
▪ Medication Review	⚙				
▪ 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.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:	
<i>Akutsomatik</i>	
▪ Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik - Erwachsene	
<i>Psychiatrie</i>	
▪ Erwachsenenpsychiatrie	
– Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM)	
<i>Rehabilitation</i>	
▪ Bereichsspezifische Messungen für	
– Muskuloskelettale Rehabilitation	
– Neurologische Rehabilitation	
– Geriatrische Rehabilitation	
– Internistische Rehabilitation	
– Onkologische Rehabilitation	

4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:	
▪ Umsetzung Mindestanforderungen Swissnoso	
▪ Betrieb eines spitalweiten CIRS (Critical Reporting Systems) - ist bereits umgesetzt	

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>
▪ Kontinuierliche strukturierte Patientenbefragung
<i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
▪ Kontinuierliche Mitarbeiterzufriedenheitsmessung (MAZ) im Pflegedienst
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Infektionen</i>
▪ Prävalenz nosokomiale Infekte
<i>Stürze</i>
▪ Kontinuierliche Sturzerfassung
<i>Dekubitus</i>
▪ Kontinuierliche Dekubitus-Erfassung
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung</i>
▪ HoNOS
<i>Weitere Qualitätsmessung: Akutsomatik</i>
▪ CleanHands (Händehygiene)
<i>Weitere Qualitätsmessung: Psychiatrie</i>
▪ CleanHands (Händehygiene)
<i>Weitere Qualitätsmessung: Rehabilitation</i>
▪ CleanHands (Händehygiene)

4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Optimierung Strukturen und Prozesse ambulante Angebote

Ziel	<i>Weiterentwicklung ambulante Sprechstunde vor Ort</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Akute Altersmedizin, Rehabilitation und Neurologie, Dementielle Erkrankungen</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Q3 Jahr 2025 - Ende 2026</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Stärkung integrierte Patientenpfade</i>
Methodik	<i>Projekt</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Kern- und Supportbereiche</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Projektreporting</i>

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Ziel	<i>Berufliche Gesundheitsförderung für Mitarbeitende</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>ganzes Spital</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Februar 2024 - 2028</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Förderung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeitende</i>
Methodik	<i>Projekt</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Diverse</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>internes Projektboard</i>

Alterspsychiatrische Grundversorgung in APH

Ziel	<i>Sicherstellung der alterspsychiatrischen Versorgung</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Dementielle Erkrankungen</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Januar 2025 bis 2027</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.</i>
Begründung	<i>Weiterentwicklung integrierte Versorgung mit Vernetzung APH's</i>
Methodik	<i>Entwicklungsprojekt mit Überführung in laufenden Betrieb</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>ärztlicher Dienst, Direktion</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>laufende Evaluation</i>

Umsetzung Konzept Link Nurse für Infektionsprävention

Ziel	<i>Umsetzung Swiss Noso Ziele - Erhöhung der Patientensicherheit und Mitarbeitendensicherheit</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Kernbereiche</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>ab 2025 - 2027</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Stärkung durch dezentrale Verankerung und Ansprechpersonen für Spitalhygienethemen</i>
Methodik	<i>Arbeitsgruppe Infektionsprävention Link Nurse</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>ärztlicher Dienst, Infektionsprävention, Pflege, Therapien</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Monitoring und Evaluation an der Hygienekommission</i>

Implementierung Qualitätsverbesserungsmassnahme nach Qualitätsvertrag Art. 58a KVG "Interaktives Lernen im Room of Horrors"

Ziel	<i>Erhöhung der Patientensicherheit</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Kernbereiche</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>2024 - 2027</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Erhöhung der Patientensicherheit</i>
Methodik	<i>Interne Weiterbildungen</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Diverse Kernbereiche</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Pilotaudit zum Qualitätsvertrag 2025 Interne Projektevaluation</i>

Weiterentwicklung Implementierung PROMs (Patient Reported Outcome Measurement)

Ziel	<i>Implementierung von 2 PROMs</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Rehabilitation und Akutsomatik</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>fortlaufend</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>In den Leistungsvereinbarungen GGR (gemeinsame Gesundheitsregion) ist die Verpflichtung zu PROMs aufgeführt.</i>
Methodik	<i>Assessment und Reporting</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Ärzte, Pflege, Therapie, Sozialberatung, QM</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Reporting Bereich Gesundheitsversorgung Basel-Stadt</i>

Aufrechterhaltung Zertifizierung SanaCERT

Ziel	<i>Erfolgreiches Überwachungsaudits 2025 & 2026</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>ganzes Spital</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>seit 2005 fortlaufend</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Umsetzung der SanaCERT Standards im ganzen Spital, externe Überprüfung der erfolgreichen Implementierung</i>
Methodik	<i>Entsprechend den Qualitätsstandards der SanaCERT Version 24</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>alle</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Die kontinuierliche Arbeit an den Standards wird jährlich von SanaCERT überprüft. Die Aufrechterhaltung der Zertifizierung durch erfolgreiche Überwachungs- und Re-Zertifizierungsaudits belegt die Umsetzung der Qualitätsstandards in allen Bereichen.</i>

Umsetzung EDV-gestütztes Prozess- und Dokumentenmanagement

Ziel	<i>Flächendeckende Umsetzung des prozessorientierten Ansatzes, Zugang aller Mitarbeitenden zu aktuellen Prozessen</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Gesamtes Spital</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>seit 2018 fortlaufend</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Ein prozessorientierter Ansatz ist die Basis aller relevanten Qualitätsmanagementsysteme</i>
Methodik	<i>Prozessstrukturierung, Prozessmodellierung, elektronische Abbildung der Prozesse, Schulung von Mitarbeitenden, Interne Audits</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Geschäftsleitung, Prozesseigner, alle Mitarbeitende</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Regelmässige interne Audits, regelmässiges Reporting</i>

Advantage

Ziel	<i>Aufbau integrierte Versorgung</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Lehre & Forschung</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>2021 bis 2026</i>
Begründung	<i>integrierte Versorgung</i>
Methodik	<i>Forschungsprojekt</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>APN, Arztdienst, Sozialdienst</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Projektreporting</i>

Weiterentwicklung betriebliches Umweltmanagementsystem

Ziel	<i>Erfüllung Vorgabe Eignerstrategie, Verankerung Nachhaltigkeit in der UAFP und Optimierung Energieeffizienz</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>ganzes Spital</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>2022 bis 2026</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Erfassung und Bearbeitung von Themen im Bereich Umweltmanagement</i>
Methodik	<i>Projekt</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Facility Management, Küche, Hauswirtschaft, Einkauf, Qualitätsmanagement, Weitere</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Projektreporting und erfolgreiche Erstzertifizierung ISO-Norm 14001:2015 im 2026</i>

Umsetzung und Weiterentwicklung der Digitalisierung der Leanhospital-Instrumente

Ziel	<i>aktuelle und korrekte Anzeige von Daten zur Steuerung der Pflege</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Pflege</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>ab 2024</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Wegfall von manuell zusammengetragenen Informationen</i>
Methodik	<i>Lean Management</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>ICT , Pflege, Leitung Qualitätsmanagement</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>laufend auf Aktualität der Daten</i>

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Programm Arbeitsbedingungen

Ziel	<i>Entlastung der Mitarbeitenden im Kernbetrieb und Erhöhung der Zufriedenheit der Mitarbeitenden</i>
Bereich, in dem die Aktivität läuft	<i>Kernbereiche</i>
Aktivität: Laufzeit (seit...)	<i>seit 2022</i>
Art der Aktivität	<i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>
Begründung	<i>Optimierung der Arbeitsbedingungen</i>
Methodik	<i>intern geführtes Programm</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>interprofessionnell zusammengesetztes Team</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Monitoring der Themen und umgesetzten Massnahmen</i>

Weiterentwicklung Feedback-Management

Ziel	<i>Weiterentwicklung des bestehenden Systems. Die Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Mitarbeitenden miteinbeziehen.</i>
Bereich, in dem die Aktivität läuft	<i>ganzes Spital</i>
Aktivität: Laufzeit (seit...)	<i>2022 bis 2025</i>
Art der Aktivität	<i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>
Begründung	<i>Kontinuierlicher Verbesserungsprozess</i>
Methodik	<i>Standardgruppe SanaCERT</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Ärzte, Pflege, Therapie, QM, ICT</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Reporting über statistische Auswertungen, Selbstbewertungsbericht</i>

Partner-und Zuweisermanagement

Ziel	<i>Weiterentwicklung des Partner- und Zuweisermanagements entlang des gesamten Patientenpfades</i>
Bereich, in dem die Aktivität läuft	<i>Direktion, ärztliche Direktion, Unternehmensentwicklung</i>
Aktivität: Laufzeit (seit...)	<i>laufend</i>
Art der Aktivität	<i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>
Begründung	<i>Sicherstellung der optimalen Gesundheitsversorgung der geriatrischen Patienten</i>
Methodik	<i>kontinuierlicher Prozess</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Arztdienst, Pflege und Therapien, Unternehmensentwicklung, externe Partner</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Frequenzstatistik, Partnermeetings</i>

Food-Save

Ziel	<i>Reduktion von Food-Waste und nachhaltiger Lebensmitteleinkauf</i>
Bereich, in dem die Aktivität läuft	<i>Hotellerie</i>
Aktivität: Laufzeit (seit...)	<i>forlaufend</i>
Art der Aktivität	<i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>
Begründung	<i>Reduktion negativer ökologischer Auswirkung durch unser Lebensmittel-Angebot</i>
Methodik	<i>Food-Waste Messungen und Überprüfung des Einkaufs durch externe Agentur</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Küche, Hotellerie, Pflege, Ernährungstherapie und Weitere</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Jährliche Auswertung und Monitoring durch Ernährungskommission</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 2005 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

4.5.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgenden PROM-Messungen durchgeführt/geplant:					
Krankheitsbild	Leistungsbereich	Behandlungspfad(e)/Klinik(en)	Verwendete Score(s)	Seit/Ab	Kommentare
Patientinnen und Patienten im Neurorehabilitationspfad	Neurologie	Geriatric	PROMIS GH-10,	08/2023	
Akutgeriatrische Patientinnen und Patienten	Basispaket	Akutgeriatric	EQ-5D-5L,	01/2024	

4.6 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
TR-DGU TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumanetzwerk-dgu.de	<i>Meldungen über USB (gemeinsamer zertifizierter Pfad)</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	
KRBB Krebsregister beider Basel (Basel-Stadt und Basel-Landschaft)	Alle	www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/organisation/bewilligungen-und-s...	

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	Verwaltung, stationären Bereich	2022	2025	Jährliches Überwachungsaudit, alle 3 Jahre Re-Zertifizierung
AltersTraumaZentrum DGU	Akutgeriatrie	2021	2024	Alle 3 Jahre Re-Zertifizierung
REKOLE	Finanzen	2021	2024	Jährliche interne Audits, alle 4 Jahre Re-Zertifizierung
eduQua	Aus-, Fort- und Weiterbildung	2016	2025	Jährliches Überwachungsaudit, alle 3 Jahre Re-Zertifizierung
Zertifizierte Weiterbildungsstätte SIWF	Allgemeine Innere Medizin: Schwerpunkt Geriatrie, Neurologie, Alterspsychiatrie	2013	2024	Alle 7 Jahre oder bei Leitungswechsel finden Visitationen statt
Zertifizierung sanaCERT suisse	Akutsomatik	2005	2024	Überwachungsaudit jährlich, Re-Zertifizierung alle 3 Jahre
Supervision nach FAMH	Labor	2000	2025	halbjährlich
CSCQ-Ringversuche (ISO/CEI 17043)	Labor	2000	2025	monatlich, Zertifikat jährlich
SW!SS REHA	stationäre geriatrische Rehabilitation	2021	2024	alle 3 Jahre Re-Zertifizierung
SW!SS REHA	Neurorehabilitation	2024	2024	alle 3 Jahre Re-Zertifizierung

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 (≥ 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: [Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER](#)

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Kontinuierliche strukturierte Patientenbefragung

Nach der im Jahr 2024 erfolgten Weiterentwicklung und Digitalisierung des Feedbackmanagements wurde im April 2025 das neue Feedbackmanagement erfolgreich ausgerollt.

Im Rahmen der strukturierten Zufriedenheitsmessungen werden Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige und Besucher systematisch zu ihrer Zufriedenheit befragt. Die zeitnah erhobenen Ergebnisse werden interprofessionell und schnittstellenübergreifend ausgewertet, sodass gezielt entsprechende Massnahmen abgeleitet und umgesetzt werden können. Das Ziel ist das Anstreben einer hohen Patientenzufriedenheit und das rasche Ansprechen von möglichen Anliegen.

Diese Patientenbefragung haben wir vom April 2025 bis Dezember 2025 durchgeführt.
Die Befragung findet auf allen stationären Abteilungen statt.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Die Zufriedenheitsmessung wird bei allen Patientinnen und Patienten systematisch am dritten Tag des Aufenthalts durchgeführt und vor dem Austritt oder der Verlegung. Angehörige und Besucher können ebenfalls ihre Zufriedenheit angeben.

Messergebnisse

Auswertungen Patientenzufriedenheitsmessungen intern 2025:

*Im Jahr 2025 wurden 5'248 Zufriedenheitsmessungen durchgeführt. Mit durchschnittlichen Bewertungen zwischen 8,5 und 10 Punkten auf der 10-Punkte-Skala bestätigen die Ergebnisse ein durchweg sehr positives Gesamturteil der befragten Personen.
Die Kompetenz der Mitarbeitenden, die Freundlichkeit sowie die Hilfsbereitschaft aller Berufsgruppen sowie der Bereich der Gastronomie wurden besonders positiv durch die Patientinnen und Patienten hervorgehoben.*

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER

Beschwerdemanagement / Assistenz

Direktion

Renate Borer

Management Assistant CEO

061 326 41 01

renate.borer@felixplatter.ch

wochentags 8h-17h

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 Kontinuierliche Mitarbeiterzufriedenheitsmessung (MAZ) im Pflegedienst

Seit dem 01.01.2023 können die Pflegenden der UAFP täglich jeweils am Ende ihrer Schicht (Frühdienst/ Spätdienst/ Nachtdienst) ihre Arbeitszufriedenheit an einem eigens eingerichteten iPad, mittels einem Ampelsystem, auf der Pflegestation eingeben.

Das auf die spezifische Bedürfnisse intern entwickelte (Führungs-)Instrument unterstützt die zeitnahe Feedbackmöglichkeit. Das Instrument dient dazu, Rückmeldungen im Rahmen des KVP systematisch zu ermöglichen und zu unterstützen. Somit bleibt der Einbezug der Mitarbeitenden in agile Anpassungsprozesse weiterhin gewährleistet.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Alle Bettenstationen in jeder Schicht

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Messergebnisse sind in einem Dashboard über Grafiken dargestellt und können bedarfsgerecht unterschiedlich gefiltert präsentiert werden.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

11 Infektionen

11.1 Eigene Messung

11.1.1 Prävalenz nosokomiale Infekte

In der Universitären Altersmedizin FELIX PLATTER ist eine «Punktprävalenz» zur Erfassung von Healthcare-associated Infections (HAI) im Spital etabliert. Die letzte Erfassung fand im Mai 2025 statt. Die Patienten des Akutbereichs (N=150), der Rehabilitation (N=72) und der Alterspsychiatrie (N=36) wurden im Rahmen der nationalen Punktprävalenzerfassung von Swissnoso registriert.

Diese Messung haben wir vom 26. Mai bis 27. Mai durchgeführt.
Im Jahr 2025 im Akut-und Rehabilitationsbereich sowie auf der Alterspsychiatrie.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Messergebnisse

Die nosokomiale Infektionsrate im Jahr 2025 (HAI-Rate) lag für den Bereich Rehabilitation bei 4.1% und für die Alterspsychiatrie bei 2.7%. Im Bereich Akutgeriatrie lag die diesjährige HAI-Rate bei 1.3%. Die häufigsten Infektionen waren Harnwegsinfektionen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	swiss noso
Methode / Instrument	elektronische Eingabemaske von swiss noso

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 Kontinuierliche Sturzerfassung

Die Sturzerfassung wird durch die systematische Führung eines Sturzprotokolls, hinterlegt im Klinikinformationssystem, erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Die Erhebung erfolgt in allen Abteilungen.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Es werden alle Stürze bei allen Patientinnen und Patienten kontinuierlich das ganze Jahr über erfasst.

Messergebnisse

Die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER verzeichnete im Jahr 2025, 5 989 stationäre Austritte.

Bei der Auswertung der elektronischen Sturzprotokolle von 2025 zeigten sich 1 580 Stürze.

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 Kontinuierliche Dekubitus-Erfassung

Die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER hat sich an der Pilotmessung Sturz und Dekubitus von ANQ beteiligt. Dadurch wurde eine wichtige Grundlage für die zukünftig national verpflichtende Messung von "Sturz und Dekubitus" geschaffen.

Diese Messung haben wir vom *Februar 2025* bis *April 2025* durchgeführt.
Die Messung hat im Akutbereich stattgefunden.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Es handelte sich hierbei um eine Pilot-Messung aus diesem Grund wird auf die Publikation der Ergebnisse verzichtet.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Psychiatriespezifische Messungen

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

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

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung

14.1

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

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

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

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

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

Zu den Messergebnissen:

- [Alterspsychiatrie](#)

14.2 Eigene Messung

14.2.1 HoNOS

HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Einschätzung der Fallführenden (Fremdbewertung).

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Alterspsychiatrie

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER ist mit ihrer Abteilung Alterspsychiatrie nur bedingt vergleichbar mit anderen psychiatrischen Kliniken der Akut- und Grundversorgung.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ANQ
Methode / Instrument	HoNOS

Rehaspezifische Messungen

15 Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit

15.1 Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation

Schweizer Rehabilitationskliniken und -abteilungen führen die vom ANQ vorgegebenen Messungen jeweils bei Ein- und Austritt der Patientinnen und Patienten durch. Damit machen die Messergebnisse die Fortschritte sichtbar, die während der Behandlung erzielt wurden. Je nach Rehabereich decken die Messungen verschiedene Aspekte der Ergebnisqualität ab.

Die national vergleichenden Auswertungen schliessen die Messergebnisse aller Patientinnen/ Patienten ein, die im jeweiligen Datenjahr aus einer Rehabilitationsklinik austreten.

Die Messungen erfassen je nach Rehabereich die Funktionsfähigkeit, die körperliche Aktivität, die Lebensqualität, die Beeinträchtigungen durch somatische Beschwerden sowie Angst und Depressionen. Je nach Messinstrument basieren die Erhebungen auf den Beobachtungen des Personals, den Selbsteinschätzungen der Patientinnen und Patienten oder auf Leistungstests.

Die Zuteilung der Patientinnen und Patienten auf einen Rehabereich erfolgt gestützt auf das Grundsatzpapier «Definition und Mindestanforderungen in der stationären Rehabilitation» (DefReha© 4.0) von H+.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

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

Zu den Messergebnissen:

- [Muskuloskelettale Rehabilitation](#)
- [Neurologische Rehabilitation](#)
- [Geriatrische Rehabilitation](#)
- [Internistische Rehabilitation](#)
- [Onkologische Rehabilitation](#)

Weitere Qualitätsaktivitäten

16 Weitere Qualitätsmessung

16.1 Weitere eigene Messung

16.1.1 CleanHands (Händehygiene) (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation)

Die Übertragung von Keimen über die Hände des Spitalpersonals gilt als eine der Hauptursache für Healthcare-assoziierte Infektionen (siehe <https://www.swissnoso.ch/module/ccm-cleanhands/ccm-cleanhands/das-modul/>).

Mit der CleanHands Messung wird die Händehygiene-Adhärenz des Spitalpersonals erfasst. Die Messung wurde im Jahr 2025 mit N=211 Beobachtungen durchgeführt.

*Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Alle Abteilungen.*

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Mitarbeitende aller Bettenstationen in direktem Patientenkontakt.

Messergebnisse

Das Ergebnis der Jahresmessungen über alle Berufsgruppen liegt bei 70 % Adhärenz.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
Methode / Instrument	CleanHands

17 Projekte im Detail

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

17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

17.1.1 Umsetzung Konzept Link Nurse für Infektionsprävention

Projektstart

2025

Projektziel

Infektionspräventionsstandards durch ein dezentral eingesetztes Link-Nurses-Team im Alltag auf allen Bettenstationen verankern.

Beitrag zur Erfüllung der Swiss-Noso-Ziele

Involvierte Berufsgruppen

Hauptsächlich Pflegedienst, ärztlicher Dienst, Therapien

Stand der Umsetzung

- Auswahl und Schulung eines Link-Nurse-Teams sind erfolgt.
- Das Aufgabenportfolio sowie die Zusammenarbeit mit der Fachexpertin für Infektionsprävention und der Hygieneverantwortlichen wurden definiert.
- Das Konzept wurde eingeführt und erste Umsetzungsaktivitäten auf den Stationen sind gestartet.

Endtermin

aktuell laufend, tbd

17.1.2 Digitalisierung Leanhospital

Projektstart

2023

Projektziel

aktuelle und korrekte Anzeige von Daten zur Steuerung der Kernaufgaben

Involvierte Berufsgruppen

ICT, Pflegedienst, Leanhospital-Verantwortliche

Stand der Umsetzung

Umsetzung und Nutzung von digitalen Huddleboards

- flächendeckend auf allen Stationen
- zusammenfassendes Leaderboard für die Führungsebene
- visuelle Darstellung definierter Kennzahlen und Kernindikatoren Implementierung digitaler Kaizenboards pro Station
- strukturiertes Tool für kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP)
- systematisches Ideen- und Vorschlagsmanagement

Endtermin

2027

17.1.3 Optimierung Strukturen und Prozesse ambulante Angebote

Projektstart

Q3/2025

Projektziel

Weiterentwicklung ambulante Sprechstunden vor Ort in allen drei Fachbereichen

Involvierte Berufsgruppen

interprofessionelle und interdisziplinäre Arbeitsgruppe, akute Altersmedizin, Rehabilitation und Neurologie, Dementielle Erkrankungen

Stand der Umsetzung

- Startphase
- Kick-off abgeschlossen
- Projektinitialisierung und Umsetzungsvorbereitung mit Prozessdefinition

Endtermin

2027

17.1.4 Weiterentwicklung betriebliches Umweltmanagementsystem

Projektstart

2022 - Schärfung des Scopes 2024

Projektziel

Erfüllung der Vorgaben der Eignerstrategie, Verankerung der Nachhaltigkeit in der UAFP und Optimierung der Energieeffizienz.

Erlangen des ISO-Zertifikats nach der Norm 14001:2015

Involvierte Berufsgruppen

Betrieb und weitere

Stand der Umsetzung

- Die Kennzahlen zu den Umweltauswirkungen des Unternehmens wurden erhoben und gegenüber den kantonalen Stellen ausgewiesen.
- Gründung einer interprofessionellen Nachhaltigkeitskommission
- Die Vorbereitung des ersten Nachhaltigkeitsberichts sind erfolgt
- Ein Stage one Audit zur Vorbereitung auf die ISO-Erstzertifizierung nach der Norm 14001:2025 wurde erfolgreich durchgeführt.

Endtermin

2027

17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

17.2.1 Fokus Arbeitsbedingungen

Projektstart:

2022

Projektziel:

Entlastung der Mitarbeitenden im Kernbetrieb und Erhöhung der Zufriedenheit der Mitarbeitenden

Methodik:

Projektmanagement mit partizipativem Ansatz.

Evaluation:

Das Projekt wird als solches "abgeschlossen" und das Thema als laufendes Programm übernommen.

17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

17.3.1 SanaCERT Suisse

Projektstart

Die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER ist seit 2006 nach den Vorgaben der SanaCERT Suisse zertifiziert.

Projektziel

Aufrechterhaltung der Zertifizierung

Involvierte Berufsgruppen

Ärztlicher Dienst, Pflege, Therapien, Qualitätsmanagement, HR

Stand der Umsetzung

Im Jahr 2025 wurde das Überwachungssaudit erfolgreich bestanden.

Weitere Termine

Re-Zertifizierung 2027 geplant.

17.3.2 SWISS REHA

Projektstart

2018

Projektziel

Aufrechterhaltung SWISS REHA Zertifikat.

Re-Zertifizierung des stationären geriatrischen Rehabilitationsbereichs nach den entsprechenden Qualitätskriterien von SWISS REHA und Erstzertifizierung der neurologischen Rehabilitation.

Involvierte Berufsgruppen

Ärzte, Pflege, Therapie, Qualitätsmanagement, HR

Stand der Umsetzung

Re-Zertifizierung geriatrische Rehabilitation und Erstzertifizierung Neurorehabilitation im Jahr 2024 erfolgreich bestanden.

Weitere Termine

Re-Zertifizierung 2027 geplant.

17.3.3 ISO 9001:2015

Projektstart

Im Jahr 2020 - Erstzertifizierung ISO 9001:2015 im Jahr 2022

Projektziel

Aufrechterhaltung Zertifikat nach ISO 9001:2015

Involvierte Berufsgruppen

Alle Berufsgruppen

Stand der Umsetzung

erfolgreiche Re-Zertifizierung im 2025

Weitere Termine

Überwachungsaudit im 2027 geplant.

Re-Zertifizierungsaudit im 2028 geplant.

17.3.4 ISO 14001:2015

Projektstart

Im Jahr 2024

Projektziel

Zertifizierung nach ISO 14001:2015

Involvierte Berufsgruppen

Alle Berufsgruppen

Stand der Umsetzung

erfolgreiches Stage one Audit im Q4/2025

Weitere Termine

Erstzertifizierung 2026

Re-Zertifizierungsaudit im 2028 geplant (integriert mit ISO 9001:2015).

17.3.5 AltersTraumaZentrum DGU

Projektstart

Q2/2021

Projektziel

Aufrechterhaltung Zertifikat AltersTraumaZentrum der DGU®

Re-Zertifizierung des AltersTraumaZentrum nach den Kriterien der DGU® (Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie) in Zusammenarbeit mit der Orthopädie/Traumatologie des Universitätsspitals Basel.

Involvierte Berufsgruppen

Ärzte, Pflege, Therapien, Qualitätsmanagement

Stand der Umsetzung

Erstzertifizierung November 2021, Re-Zertifizierung 2024 erfolgreich bestanden.

Endtermin

Re-Zertifizierung im Jahr 2027 geplant.

17.3.6 eduQua:2021

Projektstart

Die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER ist für die Weiterbildung in geriatrischen, pflegerischen und therapeutischen Themen nach eduQua:2012 zertifiziert.

Projektziel

Aufrechterhaltung des Zertifikats.

Involvierte Berufsgruppen

HR Weiterbildung, Qualitätsmanagement

Stand der Umsetzung

erfolgreiche Re-Zertifizierung im Jahr 2025

Weitere Termine

Überwachung-/Zwischenaudit 2026 geplant

17.3.7 SIWF Ärztliche Weiterbildungsstätte

Projektstart

Die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER ist als ärztliche Weiterbildungsstätte anerkannt.

Projektziel

Aufrechterhaltung der Anerkennung als Weiterbildungsstätte durch das SIWF

Involvierte Berufsgruppen

ärztlichen Dienst, HR Weiterbildung

Stand der Umsetzung

Kontinuierliche Überprüfung der Weiterbildungskonzepte

Weitere Termine

Visitation ca. alle sieben Jahre sowie bei einem Leitungswechsel mit Fokus auf die Schwerpunkte.

18 Schlusswort und Ausblick

Im Jahr 2025 stand für die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER in Fortführung der bisherigen Qualitätsarbeit, der Fokus weiterhin auf der verantwortungsvollen Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen und sicheren Versorgung unserer Patientinnen und Patienten, verbunden mit gezielten Impulsen für innovative klinische und organisatorische Prozesse.

Ein wesentlicher Schwerpunkt lag in diesem Jahr auf der Stärkung der Patientensicherheit, insbesondere durch das Aufgleisen des neuen Konzepts des Link-Nurse-Teams für Infektionsprävention. Mit dieser strukturellen Weiterentwicklung schaffen wir eine verbindliche Grundlage, um präventive Massnahmen systematisch zu verankern und die Sensibilisierung aller Berufsgruppen im klinischen Alltag weiter zu stärken.

Im Bereich der Digitalisierung als zentrale Prozessunterstützung konnten wir bedeutende Fortschritte erzielen. Die Weiterentwicklung der Lean-Hospital-Instrumente ermöglicht eine noch präzisere Optimierung von Arbeitsabläufen. Zudem wurde das neue digitale Feedbackmanagement-Tool erfolgreich eingeführt und im klinischen Betrieb verankert. Diese Entwicklungen stärken nicht nur die Effizienz unserer Prozesse, sondern erhöhen zugleich die Transparenz sowie die Patientenzentrierung unserer Abläufe.

In der Versorgungsentwicklung wurde 2025 ein erster Impuls für den Ausbau neuer ambulanter Angebote gesetzt. Diese konzeptionelle Vorarbeit bildet die Grundlage für eine gezielte Erweiterung des ambulanten Spektrums, die im Jahr 2026 systematisch weitergeführt wird, um den sich wandelnden Bedürfnissen unserer Patientinnen und Patienten noch besser gerecht zu werden.

Die Einführung der neuen Organisationsstruktur mit drei Fachdepartementen: Akute Altersmedizin, Rehabilitation und Neurologie sowie dem Bereich dementielle Erkrankungen, stärkt die Profilbildung unserer Leistungsbereiche und schafft optimale Voraussetzungen für eine fachlich abgestimmte Weiterentwicklung. In diesem Rahmen konnte auch die Verbindung von Forschung und klinischer Praxis weiter intensiviert werden. Durch die verstärkte Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse und die enge Kooperation mit Forschungspartnern gelingt es uns, Innovationen schneller und gezielter in den Versorgungsalltag umzusetzen.

Die Fortschritte dieses Jahres sind nur dank der hohen Fachkompetenz, der Professionalität und dem grossen Engagement unserer Mitarbeitenden möglich. Ihr Einsatz ist der Schlüssel zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung und zur kontinuierlichen Weiterentwicklung unserer Arbeit. Ihnen gilt unser besonderer Dank, für ihre Fachkenntnis, ihre wertschätzende Haltung und ihr unermüdliches Engagement.

Die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER wird auch künftig alles daransetzen, ihre Position als innovative, qualitativ führende und attraktive Gesundheitsinstitution weiter auszubauen und die Qualität ihrer Leistungen nachhaltig zu sichern.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Epileptologie: Komplex-Behandlung

Bemerkungen

Für die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER, Basel, gilt zudem gemäss Leistungsauftrag: Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie.

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Rehabilitation

Leistungsangebot in der Rehabilitation

Arten der Rehabilitation	
Geriatrische Rehabilitation	s
Internistische Rehabilitation	s
Kardiovaskuläre Rehabilitation	s
Muskuloskelettale Rehabilitation	s
Neurologische Rehabilitation	s
Onkologische Rehabilitation	s

a = ambulant, s = stationär

Bemerkungen

Geriatrische Patientinnen und Patienten mit pulmonalen und kardiovaskulären Erkrankungen werden im Rahmen der internistischen Rehabilitation behandelt.

Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflegetage** geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patient:innen sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflegetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patient:innen unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflegetage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient:in** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein/e Patient:in in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Als Basis hierfür dient das [Grundsatzpapier «DefReha® Version 4.0, Stationäre Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen»](#), welches die Leistungen und Arten der Leistungserbringung in der stationären Rehabilitation beschreibt.

Angeborene stationäre Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflegetage
Geriatrische Rehabilitation	1.90	423	8788
Internistische Rehabilitation	2.30	360	7419
Muskuloskelettale Rehabilitation	2.40	505	11685
Neurologische Rehabilitation	2.50	656	19036

Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre **Infrastruktur** auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patient:innen, da eine unmittelbare, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.

Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahe Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.

Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, nach Bedarf mit **externen Spezialist:innen** zusammenzuarbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ zum Beispiel mit Schluck-therapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialistinnen bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER		
<i>Universitätsspital Basel</i>	Intensivstation in akutsomatischem Spital	1 km
<i>Universitätsspital Basel</i>	Notfall in akutsomatischem Spital	1 km

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet
<i>Universitätsspital Basel</i>	<i>Radiologie</i>
<i>Universitätsspital Basel (Ambulante Praxen)</i>	<i>Urologie, Ophthalmologie, Dermatologie</i>
<i>Clarunis (Ambulante Praxis)</i>	<i>Gastroenterologie</i>
<i>Westfeldpraxis AG (eingemietete Hausarztpraxis)</i>	<i>Allgemeine Innere Medizin</i>
<i>Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel</i>	<i>zahnmedizinische Basisversorgung</i>
<i>Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel</i>	<i>Psychiatrie</i>
<i>Universitätsspital Basel</i>	<i>Diverse Fachgebiete</i>

Personelle Ressourcen in der Rehabilitation

Vorhandene Spezialisierungen	Stellenprozente
Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER	
Facharzt Neurologie	400.00%
Facharzt Pneumologie	100.00%
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	340.00%

Spezifische ärztliche Fachpersonen sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialistinnen und Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

Pflege-, Therapie- und Beratungsfachkräfte	Stellenprozente
Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER	
Pflege	12,797.00%
Physiotherapie	2,418.00%
Logopädie	184.00%
Ergotherapie	664.00%
Ernährungsberatung	287.00%
Neuropsychologie	135.00%

Die Tätigkeiten der Pflege und des therapeutischen Personals unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von den Tätigkeiten in einem akutsomatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hinweise zu den diplomierten, rehabilitationsspezifischen Fachkräften.

Als Stichdatum für die Anzahl Stellenprozente gilt jeweils der 31.12. des betreffenden Jahres.

Herausgeber



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

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



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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