

Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

29.06.2026
Thomas, Rudin, CEO

Version 1



Bethesda Spital AG

www.bethesda-spital.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

Katharina Ibrom

Leitung Unternehmensentwicklung/Qualitätsmanagerin ad interim

061 315 2395

qualitaet@bethesda-spital.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 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 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.

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 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

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG	11
4.2 Teilnahme an nationalen Messungen	12
4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	12
4.4 Durchführung von zusätzlichen Spital- und klinikeigenen Messungen	13
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte	14
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	17
4.6 Registerübersicht	18
4.7 Zertifizierungsübersicht	20
QUALITÄTSMESSUNGEN	21
Erhebung der Patientenerfahrung	22
5 Patientenerfahrung	22
5.1 Eigene Befragung	22
5.1.1 Laufende Befragung der Patientenzufriedenheit (stationär)	22
5.1.2 Ambulante Patientenbefragung mittels Tablet	23
5.2 Beschwerdemanagement	24
6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern	
<i>Keine Teilnahme an der Messung, da das Bethesda Spital keine stationären pädiatrischen Leistungen anbietet.</i>	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	25
7.1 Eigene Befragung	25
7.1.1 Mitarbeiterbefragung 2025	25
8 Zuweiserzufriedenheit	
<i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.</i>	
Behandlungsqualität	26
Messungen in der Akutsomatik	26
9 Wiedereintritte	26
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	26
10 Operationen	
<i>Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.</i>	
11 Infektionen	27
11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen	27
12 Stürze	28
12.1 Eigene Messung	28
12.1.1 Sturzmessung	28
13 Dekubitus	30
13.1 Eigene Messungen	30
13.1.1 Messung Dekubitus	30
Psychiatriespezifische Messungen	0
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung	
<i>Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.</i>	

Rehaspezifische Messungen	32
15 Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit	32
15.1 Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation	32
Weitere Qualitätsaktivitäten	33
16 Weitere Qualitätsmessungen	33
16.1 Weitere eigene Messungen	33
16.1.1 Eintrag Allergien im KIS (Akutsomatik, Rehabilitation)	33
16.1.2 Eintrag Rea Status im KIS (Akutsomatik, Rehabilitation).....	33
17 Projekte im Detail	34
17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	34
17.1.1 Pilotspital am nationalen Implementierungsprogramm Medikationssicherheit (NIP-MedS) von Patientensicherheit Schweiz	34
17.1.2 Einführung von Patient Reported Outcome Measures (PROMs).....	36
17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025	38
17.2.1 Integration Palliative Care in das Klinikinformationssystem (KIS).....	38
17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte	39
17.3.1 Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	39
18 Schlusswort und Ausblick	40
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	41
Akutsomatik	41
Herausgeber	44

1 Einleitung

Als erfolgreiche Basler Klinik mit Privatcharakter kombinieren wir **Spitzenmedizin, erstklassigen Service** und ein **einzigartiges Wohlfühlambiente**. Unsere Patientinnen, Patienten und werdenden Eltern profitieren von modernsten Behandlungszentren unter einem Dach – und das mitten in einem der schönsten Spitalparks der Nordwestschweiz. Unsere fünf medizinischen Fokusthemen sind:

- **Schwangerschaft & Geburt**
- **Frauenmedizin**
- **Bewegungsapparat**
- **Rehabilitation**
- **Palliative Care**

Wir behandeln jährlich rund 6000 stationäre Patientinnen und Patienten und zählen mit über 1500 Geburten pro Jahr zu den führenden Geburtsspitalern der Nordwestschweiz. Als Belegarztspital wählen unsere Patientinnen und Patienten bereits vor dem Eintritt, ob sie vom Inhouse-Team oder von unseren Belegärztinnen, Belegärzten und Beleghebammen betreut werden möchten. Wir leben eine fachübergreifende Zusammenarbeit mit einem ganzheitlichen Ansatz. Entsprechend unserem Credo „**Der Mensch im Fokus**“ legen wir grossen Wert

auf **Patientenzufriedenheit, Einfühlungsvermögen** und eine **familiäre Atmosphäre**. Unser Haus zeichnet sich durch medizinische, pflegerische und therapeutische Exzellenz sowie durch hohe soziale Kompetenz aus.

Neben unseren Kernkompetenzen bieten wir ein breites Angebot weiterer medizinischer Leistungen an – für Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen. Dazu gehören:

- **Anästhesiologie**
- **Hand- und periphere Nerven Chirurgie**
- **Innere Medizin**
- **Plastische und ästhetische Chirurgie**
- **Radiologie**
- **Schlafmedizin**
- **Allgemeinchirurgie**

Zusätzlich arbeiten wir eng mit externen Partnern zusammen und bieten über sie Zugang zu:

- **Dialyse**
- **Endokrinologie und Diabetologie**
- **Gastroenterologie**

Seit September 2022 ist das Bethesda Spital mehrheitlich im Besitz des **Universitätsspitals Basel (60 %)**, während die **Stiftung Diakonath Bethesda** weiterhin 40 % hält. Zum Wohl unserer Patientinnen und Patienten pflegen wir gezielte Kooperationen mit dem Universitätsspital Basel, dem Kantonsspital Baselland, den Solothurner Spitalern, dem Labor Viollier AG und weiteren Partnern. Als Mitglied von **The Swiss Leading Hospitals (SLH)** und **SWISS REHA** verpflichten wir uns zur systematischen, zyklischen Qualitätsverbesserung. Unser Qualitätsmanagement basiert auf dem **EFQM-Modell (Recognised for Excellence)**. Zudem sind wir aktiv in der **Swiss Society for Quality Management in Health Care (SQMH)** und unterzeichneten den **Nationalen Qualitätsvertrag ANQ** für Akut- und Rehabilitationsmedizin.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

*Das **Qualitätsmanagement** ist organisatorisch in der Abteilung **Unternehmensentwicklung** angesiedelt und dadurch strategisch auf oberster Führungsebene verankert. Diese organisatorische Einbettung gewährleistet eine enge Verbindung zwischen Unternehmensstrategie, klinischer Governance sowie operativer Qualitätsentwicklung.*

Die Verantwortung für die übergeordnete Steuerung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems liegt bei der Abteilung Unternehmensentwicklung. Dazu gehören insbesondere die Koordination qualitätsrelevanter Aktivitäten, die Begleitung von Qualitäts- und Verbesserungsprojekten, die Unterstützung der Fachbereiche sowie die Sicherstellung regulatorischer Anforderungen.

*Die **Qualitätskommission** fungiert als zentrales interdisziplinäres Steuerungsgremium für qualitätsrelevante Themen. In diesem Rahmen werden Qualitätsziele, Kennzahlen, laufende Projekte sowie Massnahmen zur Qualitätsentwicklung regelmässig behandelt und bewertet. Die Kommission unterstützt zudem die Priorisierung von Entwicklungsschwerpunkten und fördert den kontinuierlichen Verbesserungsprozess.*

*Auch das **Critical Incident Reporting System (CIRS)** wird im Rahmen der Qualitätskommission bearbeitet und ausgewertet. Gemeldete Ereignisse werden systematisch analysiert und gemeinsam besprochen. Daraus abgeleitete Massnahmen werden koordiniert, hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft und bei Bedarf weiterentwickelt. Dadurch leistet die Qualitätskommission einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Patientensicherheit und zur Weiterentwicklung der Sicherheitskultur.*

Die operative Verantwortung für die Umsetzung qualitätsrelevanter Vorgaben liegt in den jeweiligen Fachbereichen und Organisationseinheiten. Führungspersonen aller Hierarchieebenen tragen Verantwortung für die Einhaltung definierter Qualitätsstandards sowie für die Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs.

Eine regelmässige Berichterstattung zu qualitätsrelevanten Aktivitäten erfolgt an den CEO, die Spitalleitung sowie die Mitarbeitenden. Das Thema Qualität ist ein fixes Traktandum der Sitzungsagenda der Spitalleitung und wird dabei regelmässig aus unterschiedlichen fachlichen, strategischen und operativen Perspektiven beleuchtet.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **70** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Katharina Ibrom
Leitung Unternehmensentwicklung/
Qualitätsmanagerin ad interim
0613152395
qualitaet@bethesda-spital.ch

3 Qualitätsstrategie

Im Bethesda Spital wird Qualität als das optimale Zusammenspiel von medizinischer und pflegerischer Leistung, Patientenorientierung sowie wirtschaftlicher Nachhaltigkeit verstanden. Qualität wird dabei ganzheitlich betrachtet und umfasst die kontinuierliche Weiterentwicklung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. Das Qualitätsmanagement erstreckt sich über sämtliche Bereiche und Aktivitäten der Bethesda Spital AG. Grundlage bildet ein systematischer und organisationsweiter Ansatz zur Sicherung, Überprüfung und kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen und Ergebnisse.

Das Bethesda Spital versteht sich als lernende Organisation und orientiert sich am Prinzip der kontinuierlichen Weiterentwicklung im Sinne von Business Excellence. Das Spital verfügt über die **EFQM**-Anerkennung „Recognised for Excellence“ (R4E), ist Mitglied der **Swiss Leading Hospitals** (SLH) sowie von **SWISS REHA**. Darüber hinaus betreibt das Bethesda Spital ein zertifiziertes Brustzentrum und ist nach REKOLE zertifiziert. Diese Anerkennungen und Zertifizierungen bestätigen die systematische Ausrichtung des Qualitätsmanagements sowie die Einhaltung anerkannter Qualitätsstandards im Schweizer Gesundheitswesen. Das Qualitätsmanagement orientiert sich insbesondere an den Kriterien und Anforderungen von EFQM und SLH. Ergänzend bilden weitere fachliche, regulatorische und betriebswirtschaftliche Standards wichtige Grundlagen der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung.

Die Qualitätsarbeit basiert auf folgenden Grundprinzipien:

- **Patientensicherheit und Ergebnisqualität** stehen im Zentrum des Handelns.
- **Interdisziplinäre Zusammenarbeit** fördert eine koordinierte und ganzheitliche Versorgung.
- **Verbindlichkeit, Transparenz und Verantwortungsbewusstsein** prägen den Umgang mit Qualität auf allen Organisationsebenen.
- **Qualitätsentwicklung** wird als **kontinuierlicher Verbesserungsprozess**

Die Qualitätsstandards orientieren sich unter anderem an:

- den Kriterien der **Swiss Leading Hospitals (SLH)**.
- dem **EFQM-Modell**.
- den Vorgaben von **SWISS REHA**.
- den Anforderungen der **Krebsliga Schweiz, der Schweizerische Gesellschaft für Senologie sowie der Deutsche Krebsgesellschaft**.
- den Qualitätsvorgaben des **Q-Monitoring Basel-Stadt**.
- den geltenden **gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen**.
- dem betriebswirtschaftlichen Regelwerk **REKOLE**.

Qualität ist explizit in der Unternehmenstrategie sowie in den Unternehmenszielen des Bethesda Spitals verankert. Dadurch wird sichergestellt, dass Qualitätsentwicklung und Patientensicherheit als zentrale Führungsaufgaben verstanden und organisationsweit umgesetzt werden.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

Im Berichtsjahr 2025 standen die Weiterentwicklung der Patienten- und Medikationssicherheit, die Stärkung der Hygiene- und Infektionsprävention sowie die Digitalisierung und Prozessentwicklung im Fokus der Qualitätsstrategie des Bethesda Spitals. Die definierten Schwerpunkte orientieren sich an den strategischen Unternehmenszielen sowie an nationalen Qualitätsanforderungen und regulatorischen Vorgaben.

Patienten- und Medikationssicherheit

Ein zentraler Qualitätsschwerpunkt im Jahr 2025 war die Förderung der Medikationssicherheit. Das Bethesda Spital nimmt als Pilotspital am nationalen Implementierungsprogramm Medikationssicherheit (NIP-MedS) von Patientensicherheit Schweiz teil. Ziel des Programms ist die schweizweite Verbesserung der Sicherheit entlang des gesamten Medikationsprozesses. Im Fokus stehen insbesondere der sichere Umgang mit Hochrisikomedikamenten, die Vermeidung von

Medikationsfehlern aufgrund von Verwechslungen sowie das Medikamentenmanagement bei Versorgungsengpässen. Durch die Teilnahme am Programm werden bestehende Prozesse systematisch analysiert und weiterentwickelt. Die gewonnenen Erkenntnisse unterstützen die nachhaltige Stärkung der Patientensicherheit sowie die Weiterentwicklung einer offenen Sicherheitskultur.

Hygiene- und Infektionsprävention

Die Prävention spitalassoziierter Infektionen stellte auch im Jahr 2025 einen wesentlichen Qualitätsschwerpunkt dar. Das Bethesda Spital beteiligt sich seit 2022 an der nationalen Prävalenzerhebung von Swissnoso und führt bereits seit mehreren Jahren regelmässige Prävalenzmessungen durch. Die Ergebnisse der aktuellen Erhebung zeigen weiterhin eine im Vergleich zum nationalen Durchschnitt tiefe Rate an Healthcare-associated Infections (HAI). Die Resultate bestätigen die Wirksamkeit der etablierten Hygiene- und Präventionsmassnahmen sowie die hohe Bedeutung eines konsequenten hygienischen Verhaltens im klinischen Alltag. Die kontinuierliche Sensibilisierung der Mitarbeitenden, die regelmässige Überprüfung bestehender Prozesse sowie die Umsetzung nationaler Empfehlungen bilden wichtige Grundlagen zur nachhaltigen Sicherstellung der Patientensicherheit.

Digitalisierung und Prozessentwicklung

Im Berichtsjahr 2025 lag ein weiterer Schwerpunkt auf der Weiterentwicklung digitaler und prozessorientierter Grundlagen zur Unterstützung einer qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung. Ziel war die Verbesserung der Prozessqualität, die Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit sowie die stärkere Nutzung digitaler Instrumente zur Qualitätssteuerung.

Im Berichtsjahr wurde die Palliative Care erfolgreich vollständig in die digitale Systemlandschaft des Bethesda Spitals integriert. Die Integration in das Klinikinformationssystem (KIS) sowie in die bestehende Systemumgebung verbessert die Verfügbarkeit relevanter Informationen und unterstützt standardisierte Behandlungs- und Dokumentationsprozesse.

Ergänzend wurden Grundlagen für die Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD) geschaffen. Damit verfolgt das Bethesda Spital das Ziel, die sektorenübergreifende Informationsverfügbarkeit, Transparenz und Kontinuität in der Versorgung weiter zu stärken.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

Weiterentwicklung des Mitarbeiterförderungs- und Organisationsentwicklungsprogramm

«LeanLeaders@Bethesda»

13 Mitarbeitende aus Medizin, Services, Pflege, Therapien und Administration schlossen das LeanLeaders-Programm erfolgreich ab und vertieften ihre Kompetenzen in Lean Management, kontinuierlicher Verbesserung und bereichsübergreifender Zusammenarbeit. Im Fokus standen praxisnahe Methoden wie Gemba-Walks, kontinuierliche Verbesserungsprozesse (KVP) sowie Huddles. Dadurch konnten Prozesse direkt vor Ort analysiert, Verbesserungspotenziale identifiziert und der interprofessionelle Austausch gestärkt werden. Das Programm unterstützt die nachhaltige Förderung einer lernenden Organisation sowie einer offenen Qualitäts- und Verbesserungskultur.

Weiterführung der «Führungs-GEMBA»

Die «Führungs-GEMBA» wurden im Berichtsjahr als Instrument zur Förderung der Qualitäts- und Sicherheitskultur weitergeführt. Sie ermöglichen einen direkten Austausch zwischen Mitarbeitenden und Spitalleitung sowie eine praxisnahe Betrachtung von Prozessen und Abläufen vor Ort. Dadurch wird das Verständnis für tägliche Herausforderungen gestärkt und Verbesserungspotenziale können frühzeitig identifiziert werden. Gleichzeitig unterstützen die Führungs-GEMBA die bereichsübergreifende Zusammenarbeit, fördern Transparenz und tragen dazu bei, strategische Ziele mit dem klinischen Alltag zu verknüpfen. Die persönliche Präsenz der Spitalleitung stärkt zudem die Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitenden und unterstützt eine offene Lern- und Verbesserungskultur.

«Seitenblicke» - Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Das Format «Seitenblicke» wurde weitergeführt. Ziel ist es, Prozesse und Abläufe besser zu verstehen, die bereichsübergreifende Zusammenarbeit zu stärken sowie den gemeinsamen Auftritt gegenüber Patientinnen, Patienten sowie Kundinnen und Kunden zu fördern. Gleichzeitig unterstützt das Format den internen Wissensaustausch und die Vernetzung innerhalb des Spitals.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

In den kommenden Jahren stehen verschiedene Projekte und Weiterentwicklungen im Bereich Qualitätsmanagement im Fokus:

- Einführung von **PROMs** (Patient Reported Outcome Measures) zur stärkeren Berücksichtigung patientenberichteter Behandlungsergebnisse
- Durchführung der **ANQ-Messungen REHA** zur nationalen Qualitätsvergleichbarkeit in der Rehabilitation
- Vorbereitung und Durchführung des **SLH-Audits** zur Sicherstellung der Einhaltung der Qualitätsstandards und zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Behandlungs- und Organisationsqualität
- Vorbereitung und Durchführung des **SWISS REHA-Audits** zur Re-Zertifizierung und Sicherstellung der Erfüllung der Qualitätsanforderungen für spezialisierte Rehabilitationskliniken
- Wechsel auf ein neues System zur **CIRS-Erfassung** zur Optimierung der Meldung und Bearbeitung kritischer Ereignisse
- Einführung einer Software zur Erfassung und Auswertung von **Patientenrückmeldungen** zur verbesserten Nutzung von Feedbacks und zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung
- Erweiterung und Optimierung der internen **ambulanten und stationären Patientenbefragungen** zur gezielteren Nutzung von Patientenrückmeldungen
- **Re-Zertifizierung der AEMP** gemäss International Organization for Standardization EN ISO 13485 zur Sicherstellung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei der Aufbereitung von Medizinprodukten

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 : 14.11.2024		Externe Überprüfung QV58a KVG ²		Prüfstelle	Kommentar Spital
	Ergebnis				
Qualitätsmanagementsystem	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
Qualitätskultur	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Interprofessionelle Peer Reviews	⚙				
▪ Interaktives Lernen im Room of Horrors	⚙				
▪ Mitarbeitendenbefragung	✓				
▪ Qualitätszirkel	✓				

Erläuterungen

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

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

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

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

4.2 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen
▪ Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen
<i>Rehabilitation</i>
▪ Bereichsspezifische Messungen für
– Muskuloskelettale Rehabilitation

4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Postoperative Wundinfektionen Swissnoso
▪ Erhebung von PROMs - Palliative Care

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>
▪ Laufende Befragung der Patientenzufriedenheit (stationär) ▪ Ambulante Patientenbefragung mittels Tablet
<i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterbefragung 2025
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Dekubitus</i>
▪ Messung Dekubitus
<i>Weitere Qualitätsmessungen: Rehabilitation</i>
▪ Eintrag Allergien im KIS ▪ Eintrag Rea Status im KIS
<i>Weitere Qualitätsmessungen: Akutsomatik</i>
▪ Eintrag Allergien im KIS ▪ Eintrag Rea Status im KIS

4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Pilospital am nationalen Implementierungsprogramm Medikationssicherheit (NIP-MedS) von Patientensicherheit Schweiz

Ziel	<i>Sicherheit in der Medikation schweizweit gezielt zu verbessern</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>alle Fachgebiete</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>01.01.2025–31.12.2031</i>
Begründung	<i>Teilnahme als Pilospital am Nationalen Implementierungsprogramm Medikationssicherheit (NIP-MedS) mit dem Ziel, die Sicherheit im gesamten Medikationsprozess zu stärken, Medikationsfehler zu reduzieren und evidenzbasierte Sicherheitsmassnahmen nachhaltig in den klinischen Alltag zu implementieren. Förderung einer standardisierten, interprofessionellen Vorgehensweise über alle Fachbereiche hinweg.</i>
Methodik	<i>Analyse und Optimierung des Medikationsprozesses gemäss NIP-MedS, Umsetzung der definierten Massnahmen, Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie Einführung und Evaluation von Standards, Schulungen und Sicherheitsmassnahmen.</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Ärztlicher Dienst, Pflege, Spitalpharmazie, Klinische Pharmazie, Qualitätsmanagement, Therapie- und Diagnostikbereiche, Informatik / klinische Informationssysteme, Stationsleitungen sowie weitere beteiligte Fachpersonen je nach Prozessschritt.</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Evaluation anhand definierter Kennzahlen und Qualitätsindikatoren (z. B. Anzahl bzw. Art von Medikationsereignissen, Umsetzung der Massnahmen, Prozess-Compliance, Mitarbeitendenfeedback). Laufende Überprüfung der Zielerreichung sowie Berichterstattung im Rahmen des Programms.</i>
Weiterführende Unterlagen	<i>Projektauftrag NIP-MedS; Programmunterlagen Patientensicherheit Schweiz</i>

Optimierung der KIS Landschaft

Ziel	<i>Reduktion von Redundanzen, Erstellen von Automatisierungen/Verlinkungen in der Berichterstellung, Erfüllen von Kriterien von Qualitätsmerkmalen in der Dokumentation.</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Rehabilitation</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>laufend</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Voraussetzung für Qualitätsmerkmale in Dokumentationskriterien (ANQ, CIRS-G, SWISS REHA u.a.m.); steigern der Ressourceneffizienz/Wertschöpfung; Qualitätssteigerung.</i>
Methodik	<i>Erhebung von Optimierungspotenzialen im klinischen Alltag, Entwicklung von Lösungsvorschlägen durch die Fachbereiche sowie Umsetzung in Zusammenarbeit mit der IT unter Berücksichtigung von Machbarkeit und Kosten.</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Aerzte, Pflege, Kodierung, Therapiebereiche, Sozialdienst, Sekretariat, IT</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Evaluation der Reduktion von Redundanzen, der Verbesserung der Dokumentationsqualität sowie der Nutzung und Wirksamkeit umgesetzter Optimierungen.</i>
Weiterführende Unterlagen	<i>Projektauftrag, Prozess- und Anforderungsdokumentation, IT-Umsetzungskonzept sowie interne Auswertungen und Entscheidungsgrundlagen.</i>

Weiterentwicklung Rückmeldemanagement

Ziel	<i>Einführung einer strukturierten Erfassung und Auswertung von Patientenrückmeldungen sowie Ableitung gezielter Verbesserungsmassnahmen.</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>spitalweit</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>01.08.2025-31.12.2026</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Patientenrückmeldungen unterstützen die kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität und stärken die Patient:innenorientierung.</i>
Methodik	<i>Einführung der strukturierten Erfassung sämtlicher Rückmeldungen sowie Aufbau eines Controllings nach verschiedenen Bereichen. Standardisierung der Prozesse zur Bearbeitung, Kategorisierung, Auswertung und Nachverfolgung von Massnahmen.</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Qualitätsmanagement, CEO, Fachbereiche, Pflege, Ärztlicher Dienst, Administration</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Evaluation der Anzahl und Verteilung der Rückmeldungen, der Bearbeitungsqualität sowie der Ableitung von Verbesserungsmassnahmen.</i>
Weiterführende Unterlagen	<i>Prozessbeschreibung Rückmeldemanagement, Auswertungstool, interne Berichterstattung und Massnahmenübersicht.</i>

Einführung von Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

Ziel	<i>Förderung outcome-basierter Entscheidungen und Stärkung der patient:innenzentrierten Versorgung durch die systematische Erfassung patientenberichteter Behandlungsergebnisse (PROMs).</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Ausgewählte Fachbereiche (Pilotbereiche in Evaluation)</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>11/2025–08/2027</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Outcome-basierte Entscheidungen bilden eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität sowie eine patient:innenzentrierte und datenbasierte Behandlung.</i>
Methodik	<i>Projektorganisation mit interdisziplinärer Projektgruppe und externer Unterstützung. Auswahl eines geeigneten PROMs-Systems bis 31.08.2026, anschliessend Pilotphase bis 31.12.2026 sowie schrittweise Einführung und Evaluation bis 31.08.2027.</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>IT, Qualitätsmanagement, Chief Medical Officer, Chefärzt:innen sowie Vertretungen der beteiligten Fachbereiche</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Evaluation der Systemeinführung, Nutzung der erhobenen Outcome-Daten sowie Beurteilung der Integration in klinische Prozesse und Entscheidungsabläufe.</i>
Weiterführende Unterlagen	<i>PROMs, Projektplanung, Evaluationskonzept.</i>

Integration Palliative Care in das Klinikinformationssystem (KIS)

Ziel	<i>Integration der Prozesse und Dokumentationen der Palliative Care in das bestehende Klinikinformationssystem des Bethesda Spitals.</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Palliative Care</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>02.08.2024–15.12.2025</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Schaffung einer einheitlichen digitalen Dokumentation und Unterstützung der klinischen Prozesse im Bereich Palliative Care.</i>
Methodik	<i>Analyse des bestehenden KIS, Definition der Anforderungen, Umsetzung notwendiger Anpassungen (u. a. ärztlicher Austrittsbericht Palliativ, SENS-Basis-Assessment inkl. Behandlungsplan), Testung, Abnahme und Einführung.</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Palliative-Care-Ärzt:innen, Pflege, ICT Applikationsmanagement, Unternehmensentwicklung, externe Dienstleister.</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Fachliche und technische Abnahme der Anpassungen sowie Evaluation der erfolgreichen Integration und Nutzung nach dem Go-Live.</i>
Weiterführende Unterlagen	<i>Projektauftrag, Fachkonzepte, Test- und Abnahmeprotokolle.</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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	langjährige Teilnahme
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	langjährige Teilnahme
Mammaimplantatregister Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	MEM Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch/	langjährige Teilnahme
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie c/o Adjumed Services AG www.mibb.ch/	langjährige Teilnahme
NICER Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle Fachbereiche	NICER Seilergraben 49, CH-8001 Zürich 8001 Zürich www.nicer.org	langjährige Teilnahme
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	SBCDB Swiss Breast Center Database c/o Adjumed Services AG www.sbcdb.ch	langjährige Teilnahme
Schweizer Brust Implantat Register Schweizer Brust Implantat Register	Plastische Chirurgie	SWISS PLASTIC SURGERY plasticsurgery.ch/	langjährige Teilnahme
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	langjährige Teilnahme

diseases			
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	<i>langjährige Teilnahme</i>
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	<i>langjährige Teilnahme</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
EFQM R4E	Ganzes Spital	2018	2024	3 Sterne Auszeichnung
Swiss Leading Hospital	Ganzes Spital	2001	2022	Rezertifizierung ohne Auflagen
Schweizerische Krebsliga und Schweizerische Gesellschaft für Senologie	Brustzentrum	2017	2024	Qualitätszertifikat
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Brustzentrum	2021	2025	Zertifikat erhalten
Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin	DEGUM-Stufe II Gynäkologie & Geburtshilfe	2016	2022	Status personenbezogen
QualiCert, im 2019 abgelöst durch Fitnessguide full - time care 5 Sterne / 5 Sterne medical	Medizinisches Technisches Training (MTT)	2000	2024	5-Sterne Full Time care Klassifizierung
Sw!ss Reha	Rehabilitation	2017	2024	Zertifikat erhalten
REKOLE (H+)	Betriebsbuchhaltung	2013	2021	Zertifikat erhalten, 2024 Übergangsnehmigung erhalten
FMH	Ausbildungsklinik Frauenmedizin	2016	2025	Anerkennung SIWF/ FMH bestätigt
FMH	Ausbildungsklinik Innere Medizin	2013	2022	Nachweis Ausbildungsstatus
FMH	Ausbildungsklinik Rheumatologie	2013	2023	Nachweis Ausbildungsstatus
FMH	Ausbildungsklinik Physikalische Medizin & Rehabilitation	.	2022	Nachweis Ausbildungsstatus
FMH	Weiterbildungsstätte in Schmerzmedizin SSIPM Kategorie B	.	2022	Nachweis Ausbildungsstatus

QUALITÄTSMESSUNGEN

Erhebung der Patientenerfahrung

5 Patientenerfahrung

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

5.1 Eigene Befragung

5.1.1 Laufende Befragung der Patientenzufriedenheit (stationär)

*Die Patientenbefragung ist ein zentrales Instrument, um direktes Feedback von unseren Patientinnen und Patienten zu erhalten. Ziel ist es, ihre Erfahrungen mit unseren Leistungen umfassend zu erfassen und daraus gezielt Verbesserungsmassnahmen abzuleiten. Dabei messen wir nicht nur die allgemeine Zufriedenheit, sondern konzentrieren uns verstärkt auf die individuellen **Patientenerfahrungen** während des Aufenthalts. Hierfür orientieren wir uns an den Prinzipien der **Patient-Reported Experience Measures (PREMs)**, um besser zu verstehen, wie sich die Patientenbetreuung aus Sicht der Betroffenen gestaltet.*

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
in allen Fachbereichen

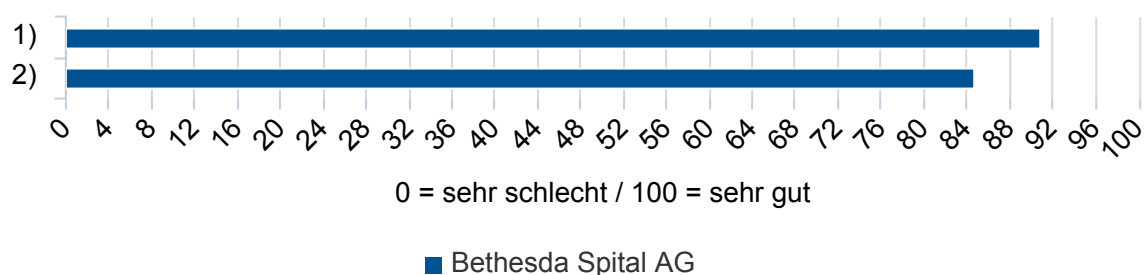
Angaben zum untersuchten Kollektiv

Alle stationären Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit, die Befragung über das Patientenunterhaltungssystem auszufüllen, hierzu wurde zusätzlich ein Pop-up-Fenster eingeführt, das aktiv auf die Teilnahme an der Umfrage hinweist.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Weiterempfehlung



Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)		
Bethesda Spital AG	90.85	84.75	162	2.00 %

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Umfrage via PIUS
---	------------------

Bemerkungen

Die Einführung eines Pop-up-Fensters, welches aktiv auf die Teilnahme an der Umfrage hinweist, führte jedoch nicht zur gewünschten Erhöhung der Beteiligung.

Die Teilnahme von Patientinnen und Patienten an internen Befragungen ist seit mehreren Jahren rückläufig. Im Jahr 2026 werden daher alternative Befragungsformate und -verfahren geprüft, um die Beteiligung zu erhöhen und die Repräsentativität der Rückmeldungen sicherzustellen.

5.1.2 Ambulante Patientenbefragung mittels Tablet

Mittels einer **"Smiley-Befragung"** messen wir die Zufriedenheit unserer ambulanten Patienten und Restaurant-Kunden direkt vor Ort mit einem Tablet (jeder Bereich 1x/Jahr für ca. 1-2 Monate). Dies erlaubt uns eine Live-Auswertung aller gesammelten Feedback-Daten. Das macht es möglich, dass wir die Zufriedenheit jederzeit im Griff haben und Verbesserungspotential sofort wahrnehmen können.

Diese Patientenbefragung haben wir vom 01.01.2025 bis 14.04.2025 durchgeführt.
Ambulatorium Rheumatologie/Schmerzambulanz, Notaufnahme

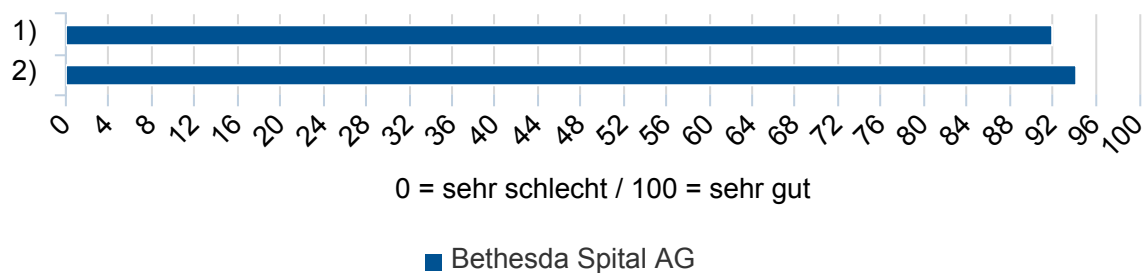
Angaben zum untersuchten Kollektiv

Patienten und Besucher können am Tablet die Umfrage ausfüllen.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Ambulatorium Rheumatologie/Schmerzambulanz
- 2) Notaufnahme

**Messergebnisse in Zahlen**

	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)		
Bethesda Spital AG	92.00	94.30	174	100.00 %

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Tool: opiniooon Selbst erstellter Fragebogen
---	--

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Bethesda Spital AG

Qualitätsmanagement

Katharina Ibrom

Leiterin Unternehmensentwicklung /

Qualitätsmanagerin ad interim

061 315 2395

qualitaet@bethesda-spital.ch

Mo-Fr 08:00-16:00

Bei Abwesenheit ist eine Vertretung geregelt

7 Mitarbeitendenzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung 2025

Im Berichtsjahr 2025 wurde eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt, um Rückmeldungen systematisch zu erfassen und die Weiterentwicklung der Organisation aktiv zu unterstützen. Durch die Einbindung der Mitarbeitenden wurde Raum für offene Rückmeldungen, neue Perspektiven und einen transparenten Dialog geschaffen.

Die Ergebnisse der Befragung dienen dazu, bestehende Stärken sichtbar zu machen sowie Entwicklungspotenziale zu identifizieren und gezielte Verbesserungsmassnahmen abzuleiten. Dadurch werden die Zusammenarbeit, die Mitarbeiterzufriedenheit sowie eine lernende und qualitätsorientierte Unternehmenskultur nachhaltig gestärkt.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir vom 01.08.2025 bis 30.09.2025 durchgeführt.
alle Abteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Bethesda Spital AG verzichtet bewusst auf die Veröffentlichung der Gesamtergebnisse der Mitarbeiterumfrage, da der Fokus auf der direkten Bearbeitung der Resultate innerhalb der jeweiligen Führungs- und Teamstrukturen sowie auf der Ableitung konkreter, bereichsspezifischer Verbesserungsmassnahmen liegt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsummatik

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: [Bethesda Spital AG](#)

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: [Bethesda Spital AG](#)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Gebärmutterentfernungen (Summe)
▪ Gebärmutterentfernungen (vaginal)
▪ Gebärmutterentfernungen (abdominal)
▪ Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)
▪ Wirbelsäulenchirurgie (mit Implantat)

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 Sturzmessung

Sturzereignisse werden durch die Pflege systematisch im Klinikinformationssystem (KIS) mittels standardisiertem Sturzereignisprotokoll erfasst und dokumentiert.

Die Fach- und Praxisentwicklung führt die konsolidierte Erfassung der gemeldeten Stürze in einer zentralen Excel-basierten Auswertungsdatei durch. Die Daten werden regelmässig analysiert und hinsichtlich Häufigkeit, Verteilung und möglicher Auffälligkeiten ausgewertet.

Die Ergebnisse der Auswertungen werden den Leitungsteams strukturiert zurückgespielt und dienen als Grundlage für Reflexion, Sensibilisierung sowie die Ableitung und Umsetzung von Massnahmen zur Sturzprävention und Qualitätsentwicklung.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Alle Fachbereiche

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Aufgrund des derzeitigen Erfassungs- und Meldeprozesses kann keine abschliessend belastbare Datenqualität gewährleistet werden. Es besteht das Risiko, dass Sturzereignisse zwar im Klinikinformationssystem (KIS) dokumentiert, jedoch nicht vollständig in die separate Auswertungsgrundlage übernommen wurden. Dadurch können Vollständigkeit und Validität der ausgewerteten Daten eingeschränkt sein.

Ein automatisierter Datenexport aus dem aktuell eingesetzten KIS war bislang technisch nicht möglich. Da das bestehende KIS vom Anbieter abgekündigt wurde, werden keine entsprechenden Weiterentwicklungen oder Schnittstellenlösungen mehr umgesetzt. Die Auswertung erfolgte deshalb bisher auf Basis zusätzlicher manueller Erfassungsschritte, was die Datenqualität beeinträchtigen sowie das Risiko von Datenverlusten oder unvollständigen Datensätzen erhöhen kann. In Zusammenarbeit mit unserer Informatik werden wir künftig in der Lage sein, die Sturzereignisse direkt aus dem KIS zu extrahieren, wodurch das Risiko von Datenverlusten erheblich reduziert wird.

Im Rahmen der Einführung des neuen Klinikinformationssystems ist vorgesehen, künftig eine direkte und automatisierte Extraktion der Sturzdaten zu ermöglichen. Dadurch sollen die Vollständigkeit und Validität der Datengrundlage verbessert sowie manuelle Übertragungsfehler reduziert werden. Ziel ist es, mittelfristig eine ausreichend belastbare Datengrundlage für die Veröffentlichung der Messergebnisse sicherzustellen.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Bemerkungen

Ab 2026 werden die ANQ Sturz und Dekubitus Messungen wieder durchgeführt. Dadurch werden wir künftig über konkrete und verlässliche Zahlen verfügen, die anschliessend publiziert werden können.

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 Messung Dekubitus

Dekubitusereignisse werden durch die Pflege systematisch im Klinikinformationssystem (KIS) mittels standardisiertem Dekubitusereignisprotokoll erfasst und dokumentiert.

Die Fach- und Praxisentwicklung führt die konsolidierte Erfassung der gemeldeten Dekubitusereignisse in einer zentralen Excel-basierten Auswertungsdatei durch. Die Daten werden regelmässig analysiert und hinsichtlich Auftreten, Verteilung sowie möglicher Entwicklungsmuster ausgewertet.

Die Ergebnisse der Auswertungen werden den Leitungsteams strukturiert zurückgespielt und dienen der Reflexion der Versorgungsqualität sowie der Ableitung und Umsetzung gezielter Massnahmen zur Dekubitusprävention und zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Alle Fachbereiche

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Aufgrund des derzeitigen Erfassungs- und Meldeprozesses kann keine abschliessend belastbare Datenqualität gewährleistet werden. Es besteht das Risiko, dass Dekubiti zwar im Klinikinformationssystem (KIS) dokumentiert, jedoch nicht vollständig in die separate Auswertungsgrundlage übernommen wurden. Dadurch können Vollständigkeit und Validität der ausgewerteten Daten eingeschränkt sein.

Ein automatisierter Datenexport aus dem aktuell eingesetzten KIS war bislang technisch nicht möglich. Da das bestehende KIS vom Anbieter abgekündigt wurde, werden keine entsprechenden Weiterentwicklungen oder Schnittstellenlösungen mehr umgesetzt. Die Auswertung erfolgte deshalb bisher auf Basis zusätzlicher manueller Erfassungsschritte, was die Datenqualität beeinträchtigen sowie das Risiko von Datenverlusten oder unvollständigen Datensätzen erhöhen kann. In Zusammenarbeit mit unserer Informatik werden wir künftig in der Lage sein, die erfasste

Dekubiti direkt aus dem KIS zu extrahieren, wodurch das Risiko von Datenverlusten erheblich reduziert wird.

Im Rahmen der Einführung des neuen Klinikinformationssystems ist vorgesehen, künftig eine direkte und automatisierte Extraktion der Daten zu ermöglichen. Dadurch sollen die Vollständigkeit und Validität der Datengrundlage verbessert sowie manuelle Übertragungsfehler reduziert werden. Ziel ist es, mittelfristig eine ausreichend belastbare Datengrundlage für die Veröffentlichung der Messergebnisse sicherzustellen.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Bemerkungen

Ab 2026 werden die ANQ Sturz und Dekubitus Messungen wieder durchgeführt. Dadurch werden wir künftig über konkrete und verlässliche Zahlen verfügen, die anschliessend publiziert werden können.

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](#)

Weitere Qualitätsaktivitäten

16 Weitere Qualitätsmessungen

16.1 Weitere eigene Messungen

16.1.1 Eintrag Allergien im KIS (Akutsomatik, Rehabilitation)

Im KIS werden die Allergien der Patientinnen und Patienten dokumentiert. Seit 2024 besteht die Möglichkeit, entsprechende Auswertungen zu erstellen, um zu überprüfen, bei wie vielen Patientinnen und Patienten diese Angaben vollständig erfasst wurden. Ziel ist es, die Fachbereiche für die Bedeutung einer konsequenten Dokumentation zu sensibilisieren und eine möglichst vollständige Erfassung sicherzustellen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
alle Fachbereiche

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Daten sind nur für die interne Nutzung gedacht.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Liste aus dem KIS

16.1.2 Eintrag Rea Status im KIS (Akutsomatik, Rehabilitation)

Im KIS wird der Reanimationsstatus der Patientinnen und Patienten dokumentiert. Seit 2024 besteht die Möglichkeit, entsprechende Auswertungen zu erstellen, um zu überprüfen, bei wie vielen Patientinnen und Patienten diese Angaben vollständig erfasst wurden. Ziel ist es, die Fachbereiche für die Bedeutung einer konsequenten Dokumentation zu sensibilisieren und eine möglichst vollständige Erfassung sicherzustellen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
alle Fachbereiche

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Daten sind nur für die interne Nutzung gedacht.

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 Pilotspital am nationalen Implementierungsprogramm Medikationssicherheit (NIP-MedS) von Patientensicherheit Schweiz

Projektart

Pilotspital im nationalen Implementierungsprogramm Medikationssicherheit (NIP-MedS) von Patientensicherheit Schweiz

Projekttitel

NIP-MedS – Stärkung der Medikationssicherheit im Bethesda Spital

Projektablauf / Methodik

Das Bethesda Spital beteiligt sich seit dem 1. Januar 2025 als Pilotspital am Nationalen Implementierungsprogramm Medikationssicherheit (NIP-MedS) von Patientensicherheit Schweiz. Ziel des Programms ist die nachhaltige Verbesserung der Medikationssicherheit über den gesamten Medikationsprozess hinweg. Zu Beginn erfolgt eine systematische Analyse des Ist-Zustands zur Identifikation von Risiken und Optimierungspotenzialen in den bestehenden Medikationsprozessen. Auf Basis der Programmvorgaben werden evidenzbasierte Sicherheitsmassnahmen entwickelt, implementiert und in die klinischen Abläufe integriert. Dies umfasst die Einführung standardisierter Prozesse, die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie die Durchführung von Schulungen und Sensibilisierungsmassnahmen für Mitarbeitende. Die Umsetzung wird kontinuierlich begleitet und regelmässig überprüft, um eine nachhaltige Verankerung der Massnahmen im klinischen Alltag sicherzustellen.

Involvierte Berufsgruppen

- Ärztlicher Dienst
- Pflegefachpersonen
- Spitalpharmazie
- Klinische Pharmazie
- Qualitätsmanagement
- Therapie- und Diagnostikbereiche
- Informatik / Klinische Informationssysteme
- Stationsleitungen
- Weitere beteiligte Fachpersonen entlang des Medikationsprozesses

Projektevaluation / Konsequenzen

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

Durch die strukturierte Analyse des Medikationsprozesses werden potenzielle Sicherheitsrisiken und Schwachstellen identifiziert. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse bilden die Grundlage für die Einführung standardisierter Sicherheitsmassnahmen, die Optimierung von Arbeitsabläufen sowie die Förderung einer einheitlichen, interprofessionellen Vorgehensweise. Zudem werden Schulungs- und Sensibilisierungsmassnahmen gezielt weiterentwickelt, um die Sicherheitskultur im Bereich der Medikation nachhaltig zu stärken.

Stand der Umsetzung von Massnahmen

Das Projekt befindet sich in der laufenden Implementierungsphase (2025–2031). Die im Rahmen des NIP-MedS definierten Massnahmen werden schrittweise umgesetzt und in die klinischen Prozesse integriert. Die Umsetzung erfolgt unter kontinuierlicher Begleitung durch die beteiligten Fachbereiche sowie in enger Zusammenarbeit mit Patientensicherheit Schweiz. Die Zielerreichung wird regelmässig anhand definierter Qualitätsindikatoren und Kennzahlen überprüft.

Weiterführende Unterlagen

- Projektauftrag Nationales Implementierungsprogramm Medikationssicherheit (NIP-MedS)
- Programmunterlagen von Patientensicherheit Schweiz
- Interne Prozess- und Schulungsunterlagen zur Medikationssicherheit
- Berichte und Evaluationen im Rahmen des NIP-MedS-Programms

Projektlaufzeit

01.01.2025–31.12.2031

Bereiche

Alle Fachgebiete

Projektziel

Verbesserung der Medikationssicherheit, Reduktion von Medikationsfehlern und nachhaltige Implementierung evidenzbasierter Sicherheitsmassnahmen im gesamten Spital.

17.1.2 Einführung von Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

Projektart

Internes Qualitäts- und Digitalisierungsprojekt

Projekttitel

Einführung von Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

Projektablauf / Methodik

Mit dem Projekt zur Einführung von Patient Reported Outcome Measures (PROMs) verfolgt das Bethesda Spital das Ziel, patientenberichtete Behandlungsergebnisse systematisch zu erfassen und für die klinische Entscheidungsfindung nutzbar zu machen. Dadurch sollen outcome-basierte Entscheidungen gefördert und die patientenenzentrierte Versorgung nachhaltig gestärkt werden. Das Projekt startet im November 2025 und wird durch eine interdisziplinäre Projektorganisation mit externer Unterstützung begleitet. In einer ersten Phase erfolgt die Definition der Anforderungen sowie die Evaluation geeigneter PROMs-Lösungen. Bis zum 31. August 2026 wird ein geeignetes System ausgewählt. Anschliessend folgt eine Pilotphase in ausgewählten Fachbereichen bis Ende 2026, in welcher die technische und organisatorische Integration getestet wird. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse erfolgt die schrittweise Einführung in den definierten Pilotbereichen sowie die kontinuierliche Evaluation hinsichtlich Nutzen, Akzeptanz und Integration in die klinischen Prozesse. Der Projektabschluss ist für August 2027 vorgesehen.

Involvierte Berufsgruppen

- Qualitätsmanagement
- Informatik (IT)
- Chief Medical Officer (CMO)
- Chefarzte
- Vertretungen der beteiligten Fachbereiche
- Externe Fachpersonen und Projektunterstützung

Projektevaluation / Konsequenzen

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

Die Evaluation soll aufzeigen, wie patientenberichtete Behandlungsergebnisse sinnvoll in die klinische Entscheidungsfindung integriert werden können. Erkenntnisse aus der Pilotphase dienen der Optimierung von Prozessen, der Weiterentwicklung der Datennutzung sowie der Förderung einer stärker patientenzentrierten Versorgung. Zudem werden Anforderungen an Schulung, Datenqualität und technische Integration identifiziert und entsprechende Massnahmen abgeleitet.

Stand der Umsetzung von Massnahmen

Das Projekt befindet sich in der Aufbau- und Planungsphase. Die Projektorganisation wurde definiert und die Evaluation geeigneter PROMs-Systeme vorbereitet. Nach der Systemauswahl erfolgt die Pilotierung in ausgewählten Fachbereichen. Die Einführung und Evaluation werden schrittweise bis August 2027 umgesetzt. Die Fortschritte werden regelmässig überprüft und dokumentiert.

Weiterführende Unterlagen

- Projektplanung PROMs
- Evaluationskonzept PROMs
- Anforderungskatalog und Systemevaluation
- Schulungs- und Einführungskonzept
- Dokumentation der Pilotphase und Evaluationsergebnisse

Projektlaufzeit

01.11.2025–31.08.2027

Bereiche

Ausgewählte Fachbereiche (Pilotbereiche in Evaluation)

Projektziel

Förderung outcome-basierter Entscheidungen und Stärkung der Patientenversorgung durch die systematische Erfassung und Nutzung patientenberichteter Behandlungsergebnisse (PROMs).

17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

17.2.1 Integration Palliative Care in das Klinikinformationssystem (KIS)

Projektart

Digitalisierungs- und Integrationsprojekt

Projekttitel

Integration der Palliative Care in das Klinikinformationssystem (KIS) des Bethesda Spitals

Projektablauf / Methodik

Im Rahmen der vollständigen IT-Integration des Palliativzentrums HIAG (PZHI) in das Bethesda Spital wurde die Palliative Care in das bestehende Klinikinformationssystem (Polypoint KIS) integriert. Ziel war die Harmonisierung der klinischen Dokumentation und die Sicherstellung eines durchgängigen digitalen Informationsflusses. Zu Beginn des Projekts wurde der bestehende Zustand des Klinikinformationssystems analysiert. Ab März 2025 erfolgte die detaillierte Aufnahme und Bewertung der bestehenden KIS-Prozesse im Bethesda Spital. Anschliessend wurden ab Juni 2025 gemeinsam mit den Fachverantwortlichen der Palliative Care die fachlichen Anforderungen erhoben und die notwendigen Anpassungen definiert.

Im Rahmen dieser Analyse wurden insbesondere folgende Erweiterungen identifiziert und umgesetzt:

- Entwicklung und Integration eines ärztlichen Austrittsberichts für die Palliative Care (ab August 2025)
- Integration des SENS-Basis-Assessments inklusive Behandlungsplan als strukturierte Dokumente im Klinikinformationssystem (ab September 2025)

Nach Umsetzung der Anpassungen erfolgte die fachliche und technische Prüfung sowie die Abnahme im November 2025. Der produktive Einsatz (Go-Live) erfolgt am 15. Dezember 2025.

Involvierte Berufsgruppen

- Ärztlicher Dienst Palliative Care
- Pflege Palliative Care
- Unternehmensentwicklung
- ICT Applikationsmanagement
- Externe Dienstleister (Polypoint)
- Weitere beteiligte Fachpersonen im Rahmen der Prozessgestaltung und Systemeinführung

Projektelevaluation / Konsequenzen

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

Die Analyse der bestehenden Prozesse zeigte, dass für die spezifischen Anforderungen der Palliative Care zusätzliche Dokumentationsinstrumente im KIS erforderlich waren. Daraus wurden die Entwicklung eines spezifischen Austrittsberichts sowie die Integration des SENS-Basis-Assessments inklusive Behandlungsplan abgeleitet. Die Massnahmen fördern eine standardisierte, vollständige und nachvollziehbare Dokumentation der Behandlung.

Stand der Umsetzung von Massnahmen

Die erforderlichen Anpassungen wurden definiert und umgesetzt. Die fachliche und technische Abnahme erfolgte im November 2025. Der Go-Live der integrierten Lösung fand am 15. Dezember 2025 statt. Anschliessend wurde die Nutzung im klinischen Alltag begleitet und evaluiert.

Weiterführende Unterlagen

- Projektauftrag KIS-Integration Palliative Care
- Fachkonzept Palliative Care
- Dokumentation SENS-Basis-Assessment
- Spezifikation ärztlicher Austrittsbericht Palliative Care
- Test- und Abnahmeprotokolle
- Polypoint KIS Projektdokumentation

17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

17.3.1 Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)

Das Brustzentrum Basel Bethesda Spital hat 2021 neben dem **Qualitätslabel der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie**, nun auch das **Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie** erhalten. Die Deutsche Krebsgesellschaft ist die grösste wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft in Deutschland. Sie engagieren sich für eine Krebsversorgung auf Basis evidenzbasierter Medizin und Interdisziplinarität. Die evidenzbasierte Medizin (EbM) sucht nach verlässlichen Antworten, damit Patientinnen und Patienten die für sie beste Behandlung erhalten. Sie stützt sich dabei auf wissenschaftliche Belege und nicht nur auf Theorien oder Expertenmeinungen. Durch das Zertifizierungssystem möchte die Deutsche Krebsgesellschaft die Betreuung onkologischer Patientinnen und Patienten verbessern und ihnen in jeder Phase ihrer Erkrankung eine Behandlung ermöglichen, die sich an hohen Qualitätsmassstäben orientiert.

Doppelzertifizierung – Einzigartig mit einem belegärztlich geführten Zentrum in der Nordwestschweiz

Die hervorragende Betreuungsqualität unserer Patientinnen und Patienten wurde uns durch zwei unabhängige Fachgesellschaften attestiert. Dank dem Belegarztsystem im Bethesda Spital, profitieren die Patientinnen und Patienten zusätzlich von einer zentralen Ansprechperson. Vom ersten Verdacht, über die Behandlung bis zur Nachsorge und darüber hinaus. Somit profitieren unsere Patientinnen und Patienten von der hervorragenden Qualität des Brustzentrums plus der persönlichen Betreuung ihrer Belegärztin/ihrer Belegarztes. Diese Kombination von Fachexpertise und empathischer Betreuung ist ein Alleinstellungsmerkmal des Brustzentrum Bethesda Spital.

18 Schlusswort und Ausblick

Die Qualitätsarbeit des Bethesda Spitals war im Berichtsjahr 2025 geprägt von der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Patientensicherheit, der Förderung einer offenen Qualitäts- und Sicherheitskultur sowie der gezielten Optimierung von Prozessen und Zusammenarbeit.

Durch die Weiterführung etablierter Qualitätsinstrumente, die Umsetzung interprofessioneller Projekte sowie die Förderung von Lean-Management-Ansätzen konnten wesentliche Grundlagen für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung weiter gestärkt werden. Die erfolgreiche Durchführung von Audits, Assessments und Qualitätsprojekten bestätigt die Wirksamkeit der bestehenden Qualitätsstrukturen sowie das hohe Engagement der Mitarbeitenden.

Besondere Schwerpunkte bildeten die Weiterentwicklung der Medikationssicherheit, die Prävention spitalassoziierter Infektionen, die Digitalisierung qualitätsrelevanter Prozesse sowie die Förderung der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit. Initiativen wie «**Führungs-GEMBA**s», «**Seitenblicke**» oder das Programm «**LeanLeaders@Bethesda**» unterstützten zusätzlich die Weiterentwicklung einer lernenden Organisation und stärkten den kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Auch in den kommenden Jahren bleibt die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, sicheren und Patientenversorgung ein zentrales Ziel des Bethesda Spitals. Im Fokus stehen dabei insbesondere eine hohe Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, die Weiterentwicklung der Qualitäts- und Sicherheitskultur sowie die kontinuierliche Optimierung von Prozessen und Zusammenarbeit.

Von zentraler Bedeutung bleibt zudem die enge und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Belegärztinnen und Belegärzten, Kooperationspartnern sowie nachgelagerten Institutionen. Als Belegarztspital ist das Bethesda Spital in besonderem Mass auf eine koordinierte, interprofessionelle und vertrauensvolle Zusammenarbeit angewiesen. Durch abgestimmte Prozesse, einen kontinuierlichen fachlichen Austausch sowie eine gemeinsame Qualitätsorientierung soll die hohe Versorgungsqualität entlang des gesamten Behandlungspfads nachhaltig sichergestellt und weiterentwickelt werden.

Das Bethesda Spital versteht Qualitätsentwicklung als fortlaufenden und organisationsweiten Prozess. Auch künftig wird gezielt in Patientensicherheit, Digitalisierung, Prozessmanagement sowie Mitarbeiterentwicklung investiert, um den steigenden Anforderungen im Gesundheitswesen nachhaltig und zukunftsorientiert zu begegnen.

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
Bewegungsapparat chirurgisch
Orthopädie
Handchirurgie
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Gynäkologische Tumore
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und $\geq 2000g$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)

Bemerkungen

Seit dem 01.01.2025 erweitert die Palliative Care, ehemals Palliativzentrum Hildegard, das Leistungsspektrum der Akutsomatik der Bethesda Spital AG.

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-Spezialist:innen 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)
Bethesda Spital AG		
Universitätsspital Basel	Intensivstation in akutsomatischem Spital	6 km
Universitätsspital Basel	Notfall in akutsomatischem Spital	6 km

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet
Universitätsspital Basel	Karamba (ambulante Kardiologie)
UKBB	Neonatalogie
Viollier	Labor
Viollier	ART
Klinik Birshof Münchenstein	Orthopädie
Merian Iselin Klinik Basel	Rehabilitation
Universitätsspital Basel	Dermatologie
Kantonsspital Baselland	Urologie
Vista Klinik	Ophtalmologie
Brustzentrum Basel Bethesda Spital	Chirurgie & Onkologie Brustkrebs
Solothurner Spitäler	Frauenmedizin
Universitätsspital Basel	Orthopädie
Universitätsspital Basel	Dialyse
Clarunis	Gastroenterologie
Universitätsspital Basel	Neurologie
Universitätsspital Basel	Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie
Urologie Praxis Dr. Cinbis	Urologie

Personelle Ressourcen in der Rehabilitation

Vorhandene Spezialisierungen	Stellenprozente
Bethesda Spital AG	
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	300.00%
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	240.00%

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
Bethesda Spital AG	
Pflege	2,645.00%
Physiotherapie	3,177.00%
Ergotherapie	240.00%

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.