Qualitätsbericht 2025

AMEOS Spital Einsiedeln

nach einer Vorlage von H+
Freigabe am: 29. Mai 2026
Durch: Daniel Schroer, Spitaldirektor

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
Kathrin Zienert
Qualitätsmanagerin
0554185679
kathrin.zienert@einsiedeln.ameos.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum ... **2**
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen ... **3**
1 Einleitung ... **6**
2 Organisation des Qualitätsmanagements ... **7**
2.1 Organigramm ... 7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement ... 8
3 Qualitätsstrategie ... **9**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025 ... 9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025 ... 10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren ... 11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten ... **12**
4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG ... 12
4.2 Teilnahme an nationalen Messungen ... 13
4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen ... 13
4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen ... 14
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte ... 15
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen ... 26
4.5.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews ... 27
4.6 Registerübersicht ... 28
4.7 Zertifizierungsübersicht ... 30
QUALITÄTSMESSUNGEN ... **31**
Erhebung der Patientenerfahrung ... **32**
5 Patientenerfahrung ... **32**
5.1 Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik ... 32
5.2 Eigene Befragung ... 33
5.2.1 Ihre Meinung ist uns wichtig ... 33
5.3 Beschwerdemanagement ... 33
6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern
Unser Betrieb führt eine Befragung über alle Alterklassen hinweg durch.
7 Mitarbeitendenzufriedenheit ... **34**
7.1 Eigene Befragung ... 34
7.1.1 Mitarbeitendenbefragung ... 34
8 Zuweiserzufriedenheit ... **35**
8.1 Eigene Befragung ... 35
8.1.1 Zuweiserbefragung ... 35
Behandlungsqualität ... **37**
Messungen in der Akutsomatik ... **37**
9 Wiedereintritte ... **37**
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen ... 37
10 Operationen ... **38**
10.1 Hüft- und Knieprothetik ... 38
11 Infektionen ... **39**
11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen ... 39
12 Stürze
Start der Messungen 2026
13 Dekubitus
Start der Messungen 2026
Psychiatriespezifische Messungen ... **0**
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung
Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.
Rehaspezifische Messungen ... **0**

15 Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit
Start der Messungen 2026
Weitere Qualitätsaktivitäten 0
16 Weitere Qualitätsmessungen
Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.
17 Projekte im Detail 41
17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 41
17.1.1 QVM: Strukturierte Patientenübergabe 41
17.1.2 QVM: Case Management 42
17.1.3 QVM: Londonprotokoll 43
17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025 44
17.2.1 QVM: Prävention akuter Verwirrtheit 44
17.2.2 QVM: Management der Mangelernährung 45
17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 46
17.3.1 IVR-Rezertifizierung des Rettungsdienstes 46
18 Schlusswort und Ausblick 47
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 48
Akutsomatik 48
Herausgeber 50

1 Einleitung

Das AMEOS Spital Einsiedeln ist ein regionales Akutspital mit Standort in Einsiedeln. Seit Mai 2020 ist es Teil der Schweizer AMEOS Gruppe.. Das Spital stellt die medizinische Grund- und Notfallversorgung sicher und bietet ein breites akutsomatisches Leistungsangebot. Dazu gehören insbesondere Akutgeriatrie, Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Anästhesie, Gynäkologie, HNO sowie Wirbelsäulenchirurgie. Ergänzt wird das Angebot durch Radiologie, Labor, therapeutische Fachdienste und einen eigenen Rettungsdienst. Das Einzugsgebiet umfasst Einsiedeln und die umliegende Region.

Im Berichtsjahr 2025 lag der Schwerpunkt der Qualitätsarbeit auf der weiteren Umsetzung des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG. Im Fokus standen insbesondere die Stärkung der Qualitätskultur, die Weiterentwicklung der Patientensicherheit sowie die Umsetzung anerkannter Qualitätsverbesserungsmassnahmen in den klinischen Bereichen. Dazu gehörten unter anderem CIRS, Mitarbeitendenbefragung, Prävention akuter Verwirrtheit, Sturzprävention, Management der Mangelernährung, Dekubitusprävention und die Checkliste sichere Chirurgie.

Neben den nationalen ANQ-Messungen beteiligte sich das AMEOS Spital Einsiedeln im Berichtsjahr an verschiedenen Registern und Qualitätserhebungen. Dazu zählen unter anderem die nationale Erhebung der Patientenerfahrung PREMs, die Auswertung ungeplanter Rehospitalisationen, SIRIS, Swissnoso sowie eigene Befragungen zur Patienten-, Mitarbeitenden- und Zuweiserzufriedenheit. Die Ergebnisse werden genutzt, um die Versorgungsqualität, die Patientensicherheit und die Zusammenarbeit an den Schnittstellen kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Für das Folgejahr sind weitere Qualitätsaktivitäten vorgesehen, darunter die strukturierte Patientenübergabe, die Weiterentwicklung des Case Managements sowie die systemische Fehleranalyse auf Basis des London-Protokolls.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organisation des Qualitätsmanagements
Das Qualitätsmanagement (QM) am AMEOS Spital Einsiedeln ist in der Abteilung PQM & IPF & ASGS (Projekt- und Qualitätsmanagement, Infektionsprävention & Hygiene sowie Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz) organisatorisch angesiedelt. Die Abteilung wird geleitet von Paul Baartmans (Leiter Projekte & Qualitätsmanagement). Innerhalb dieser Struktur arbeitet das Qualitätsmanagement fachlich unabhängig. Die in derselben Abteilung angesiedelten Funktionen Infektionsprävention/ Hygiene sowie Sicherheitskoordination/ASGS verfolgen eigene fachliche Zielsetzungen und wirken unabhängig vom Qualitätsmanagement. Das Qualitätsmanagement ist methodisch im Qualitätszyklus nach Art. 58a KVG verankert und arbeitet nach dem PDCA-Prinzip (Plan – Do – Check – Act). Es agiert bereichsübergreifend und in enger Zusammenarbeit mit allen Fachbereichen des Hauses.

Lenkungsausschuss Qualität (LAQ)
Die strategische Steuerung der Qualitätsarbeit erfolgt durch den Lenkungsausschuss Qualität (LAQ). Das Gremium besteht aus:

- *Daniel Schroer, Spitaldirektor*
- *Paul Baartmans, Leiter Projekte & Qualitätsmanagement (Vorsitz)*
- *Kathrin Zienert, Qualitätsmanagerin*

Der LAQ tagt viermal jährlich. Zu seinen Aufgaben zählen:

- *Festlegung und Überprüfung der Qualitätsziele und -prioritäten*
- *Unterstützung der Umsetzung der Qualitätsstrategie*
- *Bewertung laufender Projekte, QVM, CIRS-Analysen und Auditresultate*
- *Genehmigung der Jahresauditplanung*
- *Förderung einer offenen Qualitätskommunikation gegenüber Mitarbeitenden und Partnern*

Bei Bedarf werden weitere Fachpersonen beratend hinzugezogen.

Aufgaben des Qualitätsmanagements
Die Hauptaufgaben des QM umfassen:

- *Koordination des CIRS-Systems, inkl. systemischer Fallanalysen, Trendauswertungen und LAQ-Reporting*
- *Verantwortung für die ANQ-Messungen, deren Dokumentation und Auswertung*
- *Koordination des Feedback- und Beschwerdemanagements, inkl. Standortanalysen und Verbesserungsprozessen*
- *Begleitung von Qualitätsprojekten und QVM in den Bereichen Sturzprävention, Mangelernährung, Delirprävention u. a.*
- *Dokumenten- und Prozessmanagement, inkl. Pflege des DMS und Unterstützung bei der Prozesserstellung*
- *Mitwirkung bei der Schulungsplanung (z. B. E-Learnings zu CIRS, Reanimationsablauf etc.)*
- *Planung und Durchführung interner Audits, inkl. Massnahmenverfolgung und Wirksamkeitsprüfung*

Ergebnisse fliessen regelmässig in den QM-Monatsbericht, die Balanced Scorecard und die Managementbewertung ein.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt ***120*** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Kathrin Zienert
Qualitätsmanagerin
055 418 56 79
kathrin.zienert@einsiedeln.ameos.ch

Herr Paul Baartmans
Leiter Projekt- und Qualitätsmanagement
055 418 56 80
paul.baartmans@einsiedeln.ameos.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualität im AMEOS Spital Einsiedeln heisst, unsere Qualität und Prozesse in der Patientenversorgung und in der Patientensicherheit kontinuierlich zu überprüfen, zu verbessern und weiterzuentwickeln. Als Mitglied der Vereinigung der Spitäler der Schweiz (H+) orientieren wir uns am Rahmenvertrag zwischen santésuisse und H+, an den nationalen Vorgaben des Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), an den kantonalen Vorgaben gemäss dem Leistungsauftrag und an den anerkannten Qualitätsstandards wie dem EFQM-Modell und der ISO 9001:2015. Kontinuierliche Zufriedenheitserhebungen von Patientinnen und Patienten, punktuelle Zuweisenden- und Mitarbeitendenbefragungen, Prozessaudits wie auch das Betreiben des internen CIRS (Critical Incident Reporting System) stellen die Grundlage für die Planung und Umsetzung aller Qualitätssicherungsmassnahmen dar. Um den Anforderungen des am 22. Mai 2024 genehmigten Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG der Schweizer Spitäler zu erfüllen, wurden die Ziele des Qualitätsmanagements im Jahr 2024 darauf ausgerichtet. Priorität dabei hatten die Weiterentwicklung des CIRS und die Implementierung der Mitarbeitendenbefragungen als anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahmen des Handlungsfeldes Qualitätskultur sowie die Weiterentwicklung des Dokumentenmanagementsystems. Der hohe Qualitätsanspruch unseres Spitals ist ein Leistungsversprechen an unsere Patientinnen und Patienten sowie Zuweisenden.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

Wichtigste Qualitätsschwerpunkte im Jahr 2025:

- *Weiterer Aufbau des prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems einschliesslich Dokumentenmanagementsystem.*
- *Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmassnahmen im Handlungsfeld Patientensicherheit (Prävention akuter Verwirrtheit, Sturzprävention und Management der Mangelernährung).*
- *Verankerung der Qualitätspolitik und Stärkung der Qualitätskultur durch CIRS, Mitarbeitendenbefragung und das monatliche QM-Berichtswesen.*

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

Das AMEOS Spital Einsiedeln hat im Jahr 2025 seine Qualitätsentwicklung weiter an den Anforderungen des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG sowie an der nationalen Qualitätsstrategie ausgerichtet. Die gesetzten Qualitätsziele wurden entlang der Handlungsfelder Qualitätskultur, Patientensicherheit, Patientenzentriertheit, evidenzbasierte Entscheidungsfindung sowie Prozess- und Dokumentenmanagement weiterverfolgt und in wesentlichen Bereichen umgesetzt.Ein zentraler Schwerpunkt lag auf der weiteren Etablierung und Vernetzung des Qualitätsmanagementsystems auf Grundlage des PDCA-Zyklus. Bestehende Instrumente wie CIRS, Mitarbeitendenbefragung, Auditwesen, Reporting, Prozessmanagement und Dokumentenlenkung wurden weitergeführt, systematisiert und stärker in die Steuerung der Qualitätsentwicklung eingebunden.

Qualitätskultur
Zur Stärkung der Qualitätskultur wurde das CIRS-System im Jahr 2025 weiter in der Organisation verankert. CIRS-Meldungen wurden regelmässig ausgewertet und in den monatlichen QM-Bericht integriert. Die Erkenntnisse daraus dienten als Entscheidungsgrundlage im Lenkungsausschuss Qualität und unterstützten die Ableitung konkreter Verbesserungsmassnahmen.Auch das Mitarbeitenden-Feedback wurde weiterhin als wichtiges Instrument zur Erkennung organisationaler Verbesserungspotenziale genutzt. Die Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung wurden in die Qualitätsarbeit einbezogen und trugen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Sicherheits- und Qualitätskultur bei.

Patientensicherheit
Im Bereich Patientensicherheit konnten im Jahr 2025 mehrere anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahmen weiter umgesetzt und konsolidiert werden. Dazu zählten insbesondere Massnahmen zur Sturzprävention, zur Prävention akuter Verwirrtheit sowie zum Management der Mangelernährung.Diese Massnahmen wurden in den relevanten Bereichen weiter etabliert und durch strukturierte Analysen, interprofessionelle Besprechungen sowie regelmässige Berichterstattung begleitet. Damit wurde die Grundlage geschaffen, Risiken frühzeitig zu erkennen, Massnahmen gezielt umzusetzen und deren Wirksamkeit fortlaufend zu überprüfen.

Patientenzentriertheit
Die Erhebung der Patientenzufriedenheit über die Plattform Spectos wurde im Jahr 2025 kontinuierlich weitergeführt. Die eingegangenen Rückmeldungen wurden regelmässig ausgewertet und für die Ableitung von Verbesserungsmassnahmen genutzt.Zudem wurde die Weiterentwicklung des Konzepts zur Patientenbefragung nach ANQ-Vorgaben vorbereitet. Ziel war es, Patientenrückmeldungen künftig noch strukturierter, vergleichbarer und gezielter in die Qualitäts- und Verbesserungsprozesse einfliessen zu lassen.

Evidenzbasierte Entscheidungsfindung
Die datenbasierte Steuerung der Qualitätsentwicklung wurde im Jahr 2025 weiter ausgebaut. Dazu gehörten insbesondere die Weiterentwicklung des systematischen Reportings sowie der Aufbau einer KPI-Struktur zur Erfassung qualitätsrelevanter Kennzahlen. Die im QM-Bericht, in Audits, CIRS-Auswertungen und weiteren Qualitätsinstrumenten erhobenen Daten wurden genutzt, um Entwicklungen sichtbar zu machen, Handlungsbedarf abzuleiten und Entscheidungen im Lenkungsausschuss Qualität evidenzbasiert zu unterstützen.

Prozess- und Dokumentenmanagement
Die bestehende Prozessstruktur wurde im Jahr 2025 weiterentwickelt und mit dem Dokumentenmanagementsystem verknüpft. Die systematische Dokumentenlenkung wurde gemäss DMS-Konzept weiter umgesetzt und optimiert.Durch den laufenden Abgleich zwischen Prozessstruktur und Dokumentenmanagement konnte die Nachvollziehbarkeit, Standardisierung und Aktualität qualitätsrelevanter Dokumente weiter verbessert werden. Damit wurde eine wichtige Grundlage für eine einheitliche und überprüfbare Qualitätssicherung geschaffen.

Organisatorische Einbettung und Steuerung
Die Qualitätsentwicklung wurde im Jahr 2025 zentral durch die Leitung Projekt- und Qualitätsmanagement koordiniert und im Lenkungsausschuss Qualität gesteuert. Die definierten Jahresziele wurden dort behandelt, priorisiert und über ein strukturiertes Berichtswesen regelmässig überprüft.Der monatliche QM-Bericht, der Jahresbericht, Auditberichte, CIRS-Auswertungen sowie weitere qualitätsbezogene Daten bildeten die Grundlage für die Steuerung und Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit. Dadurch konnte die Qualitätsentwicklung im Jahr 2025 verbindlich, nachvollziehbar und organisationsweit abgestützt umgesetzt werden.

Zusammenfassung
Die im Vorjahr gesetzten Qualitätsziele konnten im Jahr 2025 in wesentlichen Bereichen erreicht beziehungsweise nachhaltig weiterentwickelt werden. Besonders hervorzuheben sind die weitere Verankerung des Qualitätsmanagementsystems, die systematische Nutzung von CIRS- und Patientenzufriedenheitsdaten, die Konsolidierung zentraler Qualitätsverbesserungsmassnahmen sowie die Weiterentwicklung von Reporting, Prozessmanagement und Dokumentenlenkung.Damit wurde eine tragfähige Grundlage geschaffen, um die Qualitätsentwicklung in den Folgejahren weiterhin strukturiert, datenbasiert und im Sinne der Anforderungen des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG fortzuführen.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das AMEOS Spital Einsiedeln richtet seine Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren weiterhin am Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG, an der nationalen Qualitätsstrategie sowie an der betrieblichen Qualitätspolitik aus. Grundlage bleiben das Qualitätsmanagementsystem nach dem PDCA-Zyklus, der Lenkungsausschuss Qualität, die jährliche Managementbewertung, interne Audits sowie das monatliche und jährliche QM-Berichtswesen.

*Im Handlungsfeld **Qualitätskultur** werden CIRS und Mitarbeitendenbefragung weitergeführt und die systemische Fehleranalyse auf Basis des London-Protokolls verbindlicher angewendet.*

*Im Handlungsfeld **Patientensicherheit** stehen die weitere Umsetzung und Konsolidierung der Projekte Prävention akuter Verwirrtheit, Sturzprävention und Management der Mangelernährung im Vordergrund; ergänzt wird dies durch die strukturierte Patientenübergabe nach SBAR sowie durch weitere Sicherheitsmassnahmen wie die Checkliste sichere Chirurgie und die Dekubitusprävention FHV.*

*Im Handlungsfeld **Patientenzentriertheit** werden die Patientenbefragungen über Spectos und ANQ weitergeführt und erweitert; zusätzlich sind ein QVM-Projekt zum Case Management sowie zum Beschwerdemanagement nach H+-Vorgaben sowie die Umsetzung der Selbsthilfefreundlichkeit im Spital vorgesehen.*

*Im Handlungsfeld **evidenzbasierte Entscheidungsfindung** soll die datenbasierte Steuerung weiter ausgebaut und künftig auch Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) einbezogen werden. Flankierend werden Prozessmanagement, Dokumentenmanagementsystem und KPI-Struktur weiterentwickelt.*

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]: 13.01.2025		**Externe Überprüfung QV58a KVG[2]**			
		Ergebnis		Prüfstelle	Kommentar Spital
Qualitätsmanagementsystem	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
Qualitätskultur	◌	kontinuierliche Verbesserung Betriebsdurchdringung	○○○○○ ○○○○○	noch nicht geprüft	
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Mitarbeitendenbefragung	✓				
▪ Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	✓				

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:
Akutsomatik
▪ Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik - Erwachsene
▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen

4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen
▪ Postoperative Wundinfektions-Messung Swissnoso
▪ SIRIS Implantatregister

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:
Patientenerfahrung
▪ Ihre Meinung ist uns wichtig
Mitarbeitendenzufriedenheit
▪ Mitarbeitendenbefragung
Zuweiserzufriedenheit
▪ Zuweiserbefragung

4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

QVM: Systemische Fehleranalyse auf Basis des London-Protokolls

Ziel	*Systematische Analyse kritischer Ereignisse zur Identifikation fehlerbegünstigender Faktoren, Ableitung wirksamer Korrekturmassnahmen und Stärkung der Sicherheits- und Lernkultur.*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Qualitätsmanagement / klinisches Risikomanagement / ganzer Betrieb*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*1. Quartal 2026 bis Mai 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Anerkannte QVM im Handlungsfeld Qualitätskultur; die Methode ergänzt das klinische Risikomanagement in den Phasen Bewertung und Massnahmen.*
Methodik	*Strukturierte Analyse gemäss London Protokoll mit Identifikation fehlerhafter Vorgänge, klinischem Kontext, fehlerbegünstigenden Faktoren sowie Erstellung eines Aktionsplans mit Zuständigkeiten, Fristen und Wirksamkeitsprüfung.*
Involvierte Berufsgruppen	*QM, ärztlicher Dienst, Pflege, betroffene Fachbereiche, Direktion / LAQ*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Evaluation anhand anonymer und vertraulicher Analyseberichte, dokumentierter Umsetzungspläne und Überprüfung der Wirksamkeit der abgeleiteten Massnahmen im PDCA-Zyklus.*
Weiterführende Unterlagen	*https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen_neu/DE_-_Handlungsfeld_Qualitaetskultur/Neu/Systemische_Fehleranalyse_auf_Basis_des_Londonprotokolls.pdf*

QVM: Strukturierte Patientenübergabe

Ziel	*Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung, Vermeidung von Fehlern, Gewährleistung der Patientensicherheit und höhere Effizienz bei der Informationsweitergabe.*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Ganzer Betrieb / patientennahe Bereiche*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*1. Quartal 2026 bis Mai 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Anerkannte QVM im Handlungsfeld Patientensicherheit; standardisierte Übergaben reduzieren Informationsverluste und Kommunikationsfehler an Schnittstellen.*
Methodik	*Einführung eines strukturierten Übergabemodells auf Basis von SBAR mit Pilotierung, Schulung, Auditierung und schrittweiser Ausweitung auf weitere Bereiche.*
Involvierte Berufsgruppen	*Pflege, ärztlicher Dienst, Therapien, Rettungsdienst, QM, weitere patientennahe Dienste*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Evaluation über Audits, Schulungsnachweise, Rückmeldungen der Mitarbeitenden sowie Beobachtung von Kommunikationsfehlern und übergabebedingten Ereignissen.*
Weiterführende Unterlagen	*https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen_neu/DE_-_Handlungsfeld_Patientensicherheit/Strukturierte_Patientenuebergabe.pdf*

QVM: Proaktive Fallsteuerung im Casemanagement

Ziel	*Frühzeitiger, proaktiver Start des Casemanagements zur strukturierten Austrittsplanung, Reduktion von Verzögerungen aufgrund fehlender Anschlusslösungen und Organisation eines bedarfsgerechten poststationären Settings.*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Ganzer akutsomatischer Betrieb (stationäre Bereiche / patientennahe Dienste)*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*1. Quartal 2026 bis Mai 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Anerkannte QVM im Handlungsfeld Patientenzentriertheit; komplexe Patientensituationen sollen frühzeitig erkannt und koordiniert begleitet werden.*
Methodik	*Definition von Intake-Kriterien, Screening, Assessment, zielorientierter Handlungsplanung, klaren Kommunikationswegen sowie partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit Nachsorgenden und sozialen Fachstellen.*
Involvierte Berufsgruppen	*Case Management, Pflege, ärztlicher Dienst, Therapien, Sozialdienst / weitere patientennahe Dienste, QM*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Evaluation über Kennzahlen zu Layover-Zeiten, ungeplanten Wiedereintritten, Patientenzufriedenheit und Prozessqualität.*
Weiterführende Unterlagen	*https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen_neu/DE_-_Handlungsfeld_Patientenzentriertheit/Neu/QVM_Case_Mangement_D.pdf*

QVM: Selbsthilfefreundlichkeit im Spital

Ziel	*Patientinnen, Patienten und Angehörige kennen den Nutzen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe und finden Zugang zu passenden Angeboten; gleichzeitig wird die Patientenperspektive systematisch für Qualitätsverbesserungen genutzt.*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Ganzer Betrieb / patientennahe Bereiche*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*1. Quartal 2026 bis Mai 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Anerkannte QVM im Handlungsfeld Patientenzentriertheit; die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen stärkt Patientenorientierung und Erfahrungswissen im Spital.*
Methodik	*Umsetzung im Kooperationsdreieck aus Spital, regionalem Selbsthilfezentrum und Selbsthilfegruppen; Benennung einer Ansprechperson, Information von Patientinnen, Patienten und Mitarbeitenden sowie jährliche Selbstevaluationsgespräche.*
Involvierte Berufsgruppen	*Pflege, ärztlicher Dienst, Therapien, QM, weitere patientennahe Dienste*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Evaluation über Massnahmenkatalog, jährliche Selbstevaluationsgespräche, Dokumentation der Umsetzung und periodische Qualitätsüberprüfung durch Selbsthilfe Schweiz.*
Weiterführende Unterlagen	*https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen_neu/DE_-_Handlungsfeld_Patientenzentriertheit/Neu/Selbsthilfefreundlichkeit_im_Spital.pdf*

QVM: Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)

Ziel	*Systematische Erhebung patientenberichteter Ergebnisqualität, um Behandlungsqualität und patientenbezogene Outcomes standardisiert zu messen und für die Qualitätssteuerung nutzbar zu machen.*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Ganzer Betrieb bzw. definierte Pilotbereiche*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*1. Quartal 2026 bis Mai 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Anerkannte QVM; im Handlungsfeld evidenzbasierte Entscheidungsfindung werden PROM-Daten gezielt für Therapieanpassungen, interne Auswertungen und die Weiterentwicklung von Versorgungsstandards genutzt.*
Methodik	*Einsatz validierter generischer und/oder krankheitsspezifischer Fragebögen, definierte Erhebungszeitpunkte, klare Zuständigkeiten, systematische Auswertung und Integration der Ergebnisse in klinische und organisatorische Entscheidungsprozesse.*
Involvierte Berufsgruppen	*Ärztlicher Dienst, Pflege, Therapien, QM, IT / Datenauswertung*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Evaluation über Erfassungsquote, Vollständigkeit der Datenerhebung, Nutzung der Ergebnisse in Entscheidungsprozessen und relevante Outcome-Kennzahlen.*
Weiterführende Unterlagen	*https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen_neu/DE_-_Handlungsfeld_Patientenzentriertheit/QVM_PROMS_D_2025.pdf*

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

QVM: Critical Incident Reporting System (CIRS)

Ziel	*Systematische Erfassung, Analyse und Nutzung kritischer Ereignisse zur Förderung der Patientensicherheit und der Fehlerkultur*
Bereich, in dem die Aktivität läuft	*Qualitätsmanagement / alle klinischen Bereiche*
Aktivität: Laufzeit (seit…)	*seit 2014*
Art der Aktivität	*Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.*
Begründung	*CIRS ist die obligatorische QVM im Handlungsfeld Qualitätskultur und ein zentrales Instrument des klinischen Risikomanagements.*
Methodik	*Webbasiertes Meldesystem, regelmässige Schulungen, monatliche Auswertung durch das QM, Berichterstattung im QM-Bericht sowie Besprechung im LAQ und in der CIRS-Kommission.*
Involvierte Berufsgruppen	*Alle Berufsgruppen, QM, Direktion*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Laufende Auswertung der Anzahl, Kategorien und Trends der Meldungen sowie Ableitung von Schulungs- und Verbesserungsmassnahmen.*
Weiterführende Unterlagen	*https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen_neu/DE_-_Handlungsfeld_Qualitaetskultur/Neu/Critical_Incident_Reporting_System__CIRS_.pdf*

QVM: Mitarbeitendenbefragungen

Ziel	*Regelmässige Erfassung von Verbesserungspotenzialen in Arbeitsabläufen und Qualitätskultur als Grundlage für konkrete Verbesserungsmassnahmen.*
Bereich, in dem die Aktivität läuft	*Ganzer Betrieb*
Aktivität: Laufzeit (seit…)	*seit 2024 jährlich*
Art der Aktivität	*Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.*
Begründung	*Die Mitarbeitendenbefragung ist eine anerkannte zusätzliche QVM im Handlungsfeld Qualitätskultur und dient der kontinuierlichen Organisationsentwicklung.*
Methodik	*Standardisierte anonyme Befragung, Auswertung durch QM und HR, Ableitung von SMART-Massnahmen, Rückmeldung der Ergebnisse an Mitarbeitende und Führungskräfte.*
Involvierte Berufsgruppen	*Alle festangestellten Mitarbeitenden, QM, HR, Führungskräfte*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Evaluation über Rücklauf, Ergebnisentwicklung und Umsetzungsstand der abgeleiteten Massnahmen.*
Weiterführende Unterlagen	*https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen_neu/DE_-_Handlungsfeld_Qualitaetskultur/Neu/Mitarbeitendenbefragung.pdf*

QVM: Patientenbefragung

Ziel	*Systematische Erfassung der Patientenzufriedenheit und Nutzung der Ergebnisse für patientenzentrierte Verbesserungsmassnahmen.*
Bereich, in dem die Aktivität läuft	*Ganzer Betrieb / stationäre & ambulante Bereiche, ergänzend patientennahe Bereiche*
Aktivität: Laufzeit (seit…)	*seit 2024*
Art der Aktivität	*Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.*
Begründung	*Die Patientenbefragung ist eine anerkannte QVM im Handlungsfeld Patientenzentriertheit und eine zentrale Grundlage für Verbesserungsmassnahmen aus Patientensicht.*
Methodik	*Kontinuierliche Erhebung über Spectos und Sinn-These, laufende Auswertung im monatlichen QM-Bericht und jährliche Gesamtauswertung mit Rückfluss in den LAQ.*
Involvierte Berufsgruppen	*QM, alle patientennahen Bereiche, Direktion / LAQ*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Evaluation über Rücklaufquote, NPS, Gesamtzufriedenheit und qualitative Rückmeldungen.*
Weiterführende Unterlagen	*https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen_neu/DE_-_Handlungsfeld_Patientenzentriertheit/Neu/Patientenbefragung.pdf*

QVM: Prävention von akuter Verwirrtheit

Ziel	*Früherkennung, Prävention und strukturierte Behandlung akuter Verwirrtheitszustände zur Erhöhung der Patientensicherheit.*
Bereich, in dem die Aktivität läuft	*Stationäre Bereiche der Akutsomatik*
Aktivität: Laufzeit (seit…)	*seit 2025*
Art der Aktivität	*Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.*
Begründung	*Die QVM ist im Handlungsfeld Patientensicherheit verankert und zielt auf die Reduktion delirassoziierter Risiken und Komplikationen ab.*
Methodik	*Risikoorientiertes Screening, nicht-pharmakologische Mehrkomponenten-Interventionen, Integration relevanter Massnahmen in Routinen und Dokumentation im KIS.*
Involvierte Berufsgruppen	*Pflege, ärztlicher Dienst, Therapien, QM, IT, Angehörige*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Evaluation über Screeningquote, dokumentierte Interventionen, klinische Verläufe und regelmässige Überprüfung im PDCA-Zyklus.*
Weiterführende Unterlagen	*https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen_neu/DE_-_Handlungsfeld_Patientensicherheit/Neu/Praevention_von_akuter_Verwirrtheit.pdf*

QVM: Sturzprävention

Ziel	*Reduktion von Stürzen und sturzbedingten Komplikationen durch systematische Risikoerfassung und gezielte Präventionsmassnahmen.*
Bereich, in dem die Aktivität läuft	*Stationäre Bereiche der Akutsomatik*
Aktivität: Laufzeit (seit…)	*seit 2025*
Art der Aktivität	*Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.*
Begründung	*Die QVM ist im Handlungsfeld Patientensicherheit verankert und adressiert ein zentrales Risiko hospitalisierter Patientinnen und Patienten.*
Methodik	*Strukturierte Risikoeinschätzung, dokumentierte Präventionsmassnahmen, Poststurzanalyse und interprofessionelle Abstimmung.*
Involvierte Berufsgruppen	*Pflege, ärztlicher Dienst, Therapie, QM, weitere beteiligte Dienste*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Evaluation über Screeningquoten, dokumentierte Massnahmen, Sturzereignisse und daraus abgeleitete Anpassungen.*
Weiterführende Unterlagen	*https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen_neu/DE_-_Handlungsfeld_Patientensicherheit/Sturzpraevention.pdf*

QVM: Management der Mangelernährung

Ziel	*Früherkennung und strukturierte Behandlung von Mangelernährung zur Verbesserung der Behandlungsqualität und zur Vermeidung von Komplikationen.*
Bereich, in dem die Aktivität läuft	*Stationäre Bereiche der Akutsomatik*
Aktivität: Laufzeit (seit…)	*seit 2025*
Art der Aktivität	*Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.*
Begründung	*Die QVM ist im Handlungsfeld Patientensicherheit verankert und stärkt die strukturierte Ernährungstherapie sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit.*
Methodik	*Systematisches NRS-Screening, Ernährungsassessment, individualisierte Ernährungstherapie, Dokumentation und Schulung der beteiligten Berufsgruppen.*
Involvierte Berufsgruppen	*Pflege, ärztlicher Dienst, Ernährungsberatung, Küche, Roomservice, QM, IT*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Evaluation über Screeningquote, dokumentierte Massnahmen, Gewichtsentwicklung und Prozessqualität.*
Weiterführende Unterlagen	*https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen_neu/DE_-_Handlungsfeld_Patientensicherheit/Neu/Management_der_Mangelernaehrung.pdf*

QVM: Checkliste sichere Chirurgie

Ziel	*Verbesserung der perioperativen Patientensicherheit durch standardisierte Überprüfung sicherheitsrelevanter Schritte vor, während und nach operativen Eingriffen.*
Bereich, in dem die Aktivität läuft	*Operationsbetrieb / operative Fachbereiche / Anästhesie / betroffene Stationen*
Aktivität: Laufzeit (seit…)	*seit 2025*
Art der Aktivität	*Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.*
Begründung	*Die QVM ist eine anerkannte Massnahme im Handlungsfeld Patientensicherheit und dient der Reduktion vermeidbarer Risiken im OP-Prozess.*
Methodik	*Verbindliche Anwendung einer standardisierten chirurgischen Checkliste mit Sign In, Team Time Out und Sign Out im interprofessionellen Operationsteam.*
Involvierte Berufsgruppen	*Operateurinnen und Operateure, Anästhesie, OP-Pflege, Stationspflege, QM*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Regelmässige Überprüfung der Checklistenanwendung, der Checklistenitems und der daraus abgeleiteten Verbesserungsmassnahmen.*
Weiterführende Unterlagen	*https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen_neu/DE_-_Handlungsfeld_Patientensicherheit/Neu/Checkliste_sichere_Chirurgie.pdf*

QVM: Dekubitusprävention FHV

Ziel	*Früherkennung und Prävention von Dekubitus durch standardisierte Risikobeurteilung, pflegerische Präventionsmassnahmen und verbesserte Dokumentation.*
Bereich, in dem die Aktivität läuft	*Stationäre Bereiche der Akutsomatik*
Aktivität: Laufzeit (seit…)	*seit 2025*
Art der Aktivität	*Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.*
Begründung	*Die QVM ist eine anerkannte Massnahme im Handlungsfeld Patientensicherheit und unterstützt die systematische Prävention von Druckschäden.*
Methodik	*Systematisches Dekubitus-Screening mittels anerkanntem Risiko-Score, klinische Beurteilung innert definierter Fristen sowie Umsetzung eines Präventionsmassnahmen-Bundles bei Risikopatientinnen und -patienten.*
Involvierte Berufsgruppen	*Pflege, ärztlicher Dienst, QM, weitere beteiligte Fachbereiche*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Evaluation über dokumentierte Screeningquoten, Umsetzung der Präventionsmassnahmen und regelmässige Auswertung relevanter Indikatoren.*
Weiterführende Unterlagen	*https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen_neu/DE_-_Handlungsfeld_Patientensicherheit/Neu/Dekubituspraevention_FHV.pdf*

QVM: Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Ziel	*Regelmässige interdisziplinäre Fallbesprechungen zur strukturierten Aufarbeitung komplexer Behandlungsverläufe mit Fokus auf Patientensicherheit, systemisches Lernen und kontinuierliche Qualitätsverbesserung.*
Bereich, in dem die Aktivität läuft	*Klinische Bereiche der Akutsomatik*
Aktivität: Laufzeit (seit…)	*seit 2026 / bzw. in Implementierung seit 2025*
Art der Aktivität	*Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.*
Begründung	*Die M&M-Konferenzen sind eine anerkannte QVM im Handlungsfeld Qualitätskultur.*
Methodik	*Strukturierte Fallauswahl, interdisziplinäre Besprechung, Ableitung von Massnahmen und Rückfluss in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess.*
Involvierte Berufsgruppen	*Ärztlicher Dienst, Pflege, QM, weitere fallbezogen beteiligte Bereiche*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Evaluation über Anzahl durchgeführter Konferenzen, Qualität der Fallanalysen und Umsetzungsgrad der Massnahmen.*
Weiterführende Unterlagen	*https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen_neu/DE_-_Handlungsfeld_Qualitaetskultur/Neu/Morbiditaets-_und_Mortalitaetskonferenzen.pdf*

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 *2014* 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.

Bemerkungen
Die CIRS-Fallbearbeitung findet werktags durch das Qualitätsmanagement statt. Die Analyse der eingehenden Meldungen sowie das Reporting erfolgen monatlich im Rahmen des QM-Berichts an die Direktion und die CIRS-Kommission. Zusätzlich werden jährlich Trendanalysen durchgeführt. Eine Besonderheit bildet der CIRS Severity Index (CSI), eine eigens entwickelte Kennzahl, die die Risikolast über das Jahr hinweg abbildet und Bestandteil der Balanced Score Card des Spitals ist. Für schwerwiegendere Fälle kommt eine systematische Fehleranalyse nach dem London-Protokoll zur Anwendung. Die strukturierte Kategorisierung der Meldungen erfolgt nach einem standardisierten System (z. B. Medikationsfehler, Kommunikationsprobleme, Identifikationsfehler). Das Vorgehen bei der Bearbeitung ist verbindlich geregelt, der Datenschutz ist gewährleistet, die Anonymität der Meldenden gesichert. Die CIRS-Kommission tagt vierteljährlich und steuert auf Führungsebene strategische Entscheidungen zu Massnahmen und Prioritäten. Die Schulung aller neuen Mitarbeitenden erfolgt über Präsenz und eLearning, temporäre Mitarbeitende werden über einen Schulungsordner informiert. Die Kommunikation erfolgt regelmässig über Beekeeper, Teammeetings und den Jahresbericht.

4.5.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews

Das interprofessionelle Review ist ein kollegiales Verfahren, um unter Einbezug von externen Fachpersonen Patientenfälle retrospektiv zu analysieren, im kollegialen Austausch zu besprechen und – falls notwendig – gemeinsam Qualitätsverbesserungsmassnahmen zu erarbeiten. Ziel ist es, einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess auszulösen und eine Sicherheits- und Lernkultur in den teilnehmenden Spitälern und Kliniken zu etablieren.

4.5.2.1 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit *2025* Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und der Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patient:innen zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus den folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse *https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/mitglieder/mitgliederliste* abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechneten und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM-Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr *2026* das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

2020 und 2021 organisierte IQM aufgrund der Covid-19-Pandemie keine klinikübergreifenden Peer Reviews.

4.6 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUAlität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	*2006*
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	*2006*
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, Bariatrie, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	*2017*
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	*2000*
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	*2015*
NICER Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle Fachbereiche	NICER Seilergraben 49, CH-8001 Zürich 8001 Zürich www.nicer.org	*2020*
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	*2006*
SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie,	Stiftung für Qualitätssicherung in der	*2012*

Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	
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	*2009*

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**
KR Zürich/Zug/Schaffhausen/ Schwyz Krebsregister der Kantone Zürich, Zug, Schaffhausen und Schwyz	Alle	www.krebsregister.usz.ch www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/

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**
IVR	*Rettungsdienst*	*2009*	*2025*	
Supervisionen	*Routinelabor*	*2003*	*2025*	*Checkliste Qualab findet 2x/Jahr statt*
Swiss Medic Audit	*Labor Mikrobiologie*	*2016*	*2025*	*gültig bis August 2026*
Audit Kantonsapotheker	*Labor*	*2023*	*2023*	*gültig bis Mai 2028 - Bewilligung zur Lagerung von Blut und labilen Blutprodukten*
Audit Kantonschemiker	*Labor Mikrobiologie*	*2011*	*2011*	*gültig bis Juni 2028 , Inspektion nach Einschlussverordnung (ESV)*
NNPN-Peer Support Einsatzorganisation in psychologischer Nothilfe	*Peerorganisation*	*2011*	*2011*	*NNPN (Nationales Netzwerk Psychologischer Nothilfe)+*
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	*Gesamtspital*	*2007*	*2021*	*H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit (Audit findet alle 5 Jahre statt--> nächstes 2026)*
Anerkennung nach der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin	*IMCU*	*2019*	*2024*	*Rezertifizierung alle 5 Jahre*
Lebensmittel-kontrolle	*Küche*	*1987*	*2025*	*Jährliche amtliche Kontrolle des Laboratorium der Urkantone*
Audit Strahlenschutz	*Operationsbetrieb*	*2000*	*2016*	*BAG +*

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: AMEOS Spital Einsiedeln AG

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Da die nationale Erhebung der Patientenerfahrung mit dem Swiss PREMs Acute Care im Jahr 2025 erstmals durchgeführt wurde, ist eine Entwicklung im Vergleich zu Vorjahren noch nicht beurteilbar. Die Ergebnisse dienen dem AMEOS Spital Einsiedeln als Ausgangsbasis für die weitere Beobachtung und Bewertung der Patientenerfahrung in der Akutsomatik. Die Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten werden intern analysiert und zur Identifikation von Stärken sowie möglicher Verbesserungspotenziale genutzt. Bei Bedarf werden daraus gezielte Massnahmen in den Bereichen Information und Kommunikation, Einbezug in Behandlungsentscheidungen, Organisation der Abläufe sowie Austrittsmanagement abgeleitet. Ziel ist es, die Patientenzentriertheit und die Versorgungsqualität kontinuierlich weiterzuentwickeln.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Ihre Meinung ist uns wichtig

Die Patientenzufriedenheitsbefragung verfolgt das Ziel, die wahrgenommene Versorgungsqualität stationärer Patientinnen und Patienten am AMEOS Spital Einsiedeln systematisch zu erfassen. Die Befragung ermöglicht die Identifikation von Verbesserungspotenzialen sowie die Ableitung konkreter Massnahmen zur Weiterentwicklung einer patientenzentrierten Versorgung. Gemessen wurden unter anderem der Net Promoter Score (NPS), die Zufriedenheit mit Pflege, ärztlicher Betreuung, Verpflegung sowie offene Rückmeldungen zur Patientenerfahrung.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Die Befragung fand auf allen stationären Bettenabteilungen der Akutsomatik statt und betraf sämtliche medizinischen und pflegerischen Fachbereiche.

Angaben zum untersuchten Kollektiv
In die Befragung einbezogen wurden alle stationären Patientinnen und Patienten des AMEOS Spitals Einsiedeln, die im Jahr 2024 entlassen wurden. Ausgeschlossen wurden ausschliesslich Personen mit kurzer Aufenthaltsdauer unter 24 Stunden sowie Fälle mit fehlender kognitiver Teilnahmefähigkeit.

Messergebnisse
Die stationäre Patientenzufriedenheit zeigte 2025 insgesamt ein sehr positives Bild. Die durchschnittliche Gesamtbewertung lag bei 3.74 von 4 Punkten, der NPS bei 72.96 %. Damit wurde die zweithöchste Gesamtzufriedenheit seit 2022 und der beste NPS im Vierjahresvergleich erreicht. Besonders positiv hervorgehoben wurden die Freundlichkeit und Empathie des Personals, die familiäre Atmosphäre, die gute pflegerische Betreuung sowie die rasche und kompetente Versorgung im Notfall.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten
Die Ergebnisse zeigen, dass sich die medizinische Betreuung und Pflege auf hohem Niveau bewegen. Gleichzeitig bieten einzelne Rückmeldungen wertvolle Hinweise zur Weiterentwicklung – insbesondere in der Patienteninformation, Verpflegungsgestaltung und Ablauftransparenz. Diese Aspekte werden im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses aktiv aufgegriffen.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	*Fragebogen der AMEOS Gruppe / Firma Spectos*

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

AMEOS Spital Einsiedeln AG
Feedback- / Beschwerdemanagement
Kathrin Zienert
Qualitätsmanagerin
055 418 56 79
qualitaetsmanagement@einsiedeln.ameos.ch
Montag-Donnerstag

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 Mitarbeitendenbefragung

Die Mitarbeitendenbefragung dient der systematischen Erfassung der Mitarbeitendenperspektive auf Arbeitsumfeld, Zusammenarbeit, Führung, Kommunikation und Engagement. Gemessen wurden zentrale Aspekte der Arbeitszufriedenheit, der organisationalen Kultur sowie der Sicherheits- und Lernkultur. Die Ergebnisse werden genutzt, um Stärken und Entwicklungsfelder zu identifizieren und daraus gezielte interne Massnahmen abzuleiten.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Monat *Dezember* durchgeführt.
Die Befragung wurde in allen Bereichen und Abteilungen des Spitals durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Der Betrieb verzichtet auf die Veröffentlichung der detaillierten Ergebnisse, da sich die Organisation derzeit in umfassenden Veränderungs- und Weiterentwicklungsprozessen befindet. Die Befragungsergebnisse werden deshalb primär als internes Steuerungs- und Entwicklungsinstrument genutzt, um bereichsspezifische Handlungsfelder differenziert zu analysieren und gezielte Massnahmen abzuleiten.

Die Resultate werden intern mit den verantwortlichen Führungspersonen und Bereichen bearbeitet. Besonders positive Rückmeldungen, beispielsweise zur Verankerung von CIRS und zur Sicherheits- und Lernkultur, werden für die weitere Qualitätsentwicklung genutzt. Eine externe Publikation aggregierter Ergebnisse würde die laufende interne Analyse und Massnahmenplanung nur eingeschränkt abbilden und könnte den bereichsspezifischen Kontext nicht ausreichend berücksichtigen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	*Sinn-These*
Methode / Instrument	*MA Engagement Befragung*

Bemerkungen
Die nächste Durchführung der Mitarbeitendenbefragung erfolgt gemäss den Vorgaben des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG unter Verwendung des im Spital etablierten, standardisierten Instruments. Die Befragung ist als Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM) im Handlungsfeld Qualitätskultur anerkannt und wird inhaltlich im Sinne des PDCA-Zyklus kontinuierlich weiterentwickelt

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserbefragung

Ziel der Zuweiserbefragung war es, die Zufriedenheit der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte mit der Zusammenarbeit, der medizinischen Behandlung, der Kommunikation sowie den Abläufen rund um Zuweisung, Eintritt, Behandlung und Berichtübermittlung zu erfassen. Gemessen wurden unter anderem die Gründe für eine Zuweisung, die Beurteilung der medizinischen Qualität, die Kommunikation mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten, der Ablauf der Überweisung sowie die Zufriedenheit mit Notfallaufnahme, stationärer und ambulanter Behandlung.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom *3. Juni 2025* bis *18. Juli 2025* durchgeführt.
Befragt wurden Zuweiserinnen und Zuweiser des AMEOS Spital Einsiedeln zur Zusammenarbeit mit dem Spital sowie zu den Schnittstellen in der ambulanten, stationären und notfallmedizinischen Versorgung.

Angaben zum untersuchten Kollektiv
Befragt wurden Zuweiserinnen und Zuweiser des AMEOS Spital Einsiedeln, die dem Spital Patientinnen und Patienten zuweisen beziehungsweise in den vergangenen zwei Jahren eine Zuweisung vorgenommen haben. Eingeschlossen wurden Zuweisende mit verfügbarer E-Mailadresse; rein interne Kontakte ohne Zuweisungsbezug waren nicht Teil des untersuchten Kollektivs.

Messergebnisse
Die Zuweiserbefragung 2025 zeigte insgesamt eine positive Bewertung des AMEOS Spital Einsiedeln. Besonders positiv beurteilt wurden die medizinische Behandlung, die ambulante Behandlung, die stationäre Behandlung sowie die zeitliche Abwicklung von der Anmeldung bis zum Eintritt. Als Stärken wurden unter anderem die gute Zusammenarbeit, das Behandlungsangebot, die geografische Lage, persönliche Kontakte sowie die übersichtliche und familiäre Atmosphäre genannt.

Aus den Rückmeldungen ergeben sich Anregungen zur weiteren Stärkung der Zusammenarbeit, insbesondere im Hinblick auf den gegenseitigen Informationsfluss und die Abstimmung an den Schnittstellen.

Die Ergebnisse werden intern analysiert und für die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit mit den Zuweiserinnen und Zuweisern genutzt.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse bestätigen eine insgesamt positive Wahrnehmung des AMEOS Spital Einsiedeln durch die Zuweiserinnen und Zuweiser. Die Rückmeldungen werden genutzt, um die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten weiter zu pflegen und Schnittstellenprozesse gezielt weiterzuentwickeln. Im Fokus stehen dabei insbesondere ein verlässlicher Informationsfluss, eine gute Abstimmung im Behandlungsverlauf sowie die kontinuierliche Stärkung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Bemerkungen

Die Befragung wurde als Online-Befragung mit standardisierten Fragen und Freitextmöglichkeiten durchgeführt. Die Ergebnisse werden intern weiterbearbeitet und fliessen in die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit mit den Zuweisenden ein.

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen sind wie folgt definiert:

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

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

Zu den Messergebnissen: AMEOS Spital Einsiedeln AG

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Für den Qualitätsbericht 2025 werden die aktuell verfügbaren ANQ-Daten 2023 zu ungeplanten spitalweiten Rehospitalisationen berücksichtigt. Das Spital liegt mit seinem risikoadjustierten Ergebnis im Normbereich des nationalen Vergleichs.

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

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

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem Webportal des ANQ und www.siris-implant.ch verfügbar.

Zu den Messergebnissen: AMEOS Spital Einsiedeln AG

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Revisionsraten für Hüft- und Knieprothesen liegen im aktuellen Vergleichszeitraum im erwartbaren Bereich und zeigen eine weitgehend stabile Entwicklung über die vergangenen Jahre.

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 Messmehtode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem Webportal des ANQ und bei Swissnoso verfügbar.

Zu den Messergebnissen: AMEOS Spital Einsiedeln AG

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Blinddarm-Entfernungen
▪ Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die definitive Swissnoso-Auswertung für die Erfassungsperiode vom 1. Oktober 2024 bis 31. Dezember 2025 liegt seit Juli 2026 vor.
Bei den Appendektomien wurden keine postoperativen Wundinfektionen festgestellt (0.0 %). Die Infektionsrate betrug in der Kolonchirurgie 6.25 % und bei den Kniegelenksprothesenimplantationen 0.48 %.
Im risikoadjustierten nationalen Vergleich zeigten sich keine statistisch signifikanten Abweichungen. Die Ergebnisse werden im Rahmen der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung berücksichtigt und dienen der regelmässigen Überprüfung der bestehenden Präventionsmassnahmen.

17 Projekte im Detail

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

17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

17.1.1 QVM: Strukturierte Patientenübergabe

Projektart
Neues Qualitätsverbesserungsprojekt im Bereich Patientensicherheit zur Einführung einer strukturierten Patientenübergabe nach SBAR.

Projektziel
Ziel des Projekts ist die Einführung eines verbindlichen spitalweiten Mindeststandards für strukturierte Patientenübergaben. Dadurch sollen informationsbedingte Risiken reduziert, die Kontinuität der Versorgung sichergestellt, die Patientensicherheit erhöht sowie Vollständigkeit und Klarheit der Übergaben verbessert werden.

Projektablauf / Methodik
Die strukturierte Patientenübergabe wird nach dem SBAR-Modell eingeführt: Situation, Background, Assessment und Recommendation. Das Projekt umfasst die Festlegung des Standards, die Bereitstellung mitgeltender Dokumente, die Schulung der Mitarbeitenden über ein E-Learning sowie die bereichsbezogene Einführung im Arbeitsalltag. Die Umsetzung erfolgt schrittweise in den patientenführenden Bereichen und wird anschliessend auf das gesamte Haus übertragen.

Involvierte Berufsgruppen
Einbezogen werden alle Berufsgruppen, die Patientenübergaben durchführen oder entgegennehmen. Dazu gehören insbesondere Pflege, Ärztinnen und Ärzte, therapeutische Fachpersonen sowie weitere an der Behandlung, Betreuung oder Übergabe beteiligte Schnittstellenbereiche. Die Steuerung erfolgt über Qualitätsmanagement, Bereichsleitungen, Stationsleitungen beziehungsweise Fachverantwortliche.

Projektevaluation / Konsequenzen
Die Evaluation orientiert sich an den H+ Mindestanforderungen und umfasst mindestens einen Struktur-, einen Prozess- und einen Ergebnisindikator. Als Strukturindikator dient das Vorhandensein eines freigegebenen Konzepts und mitgeltender Dokumente. Als Prozessindikator wird der Anteil auditierter Übergaben erfasst, die dem festgelegten SBAR-Mindeststandard entsprechen; Zielwert ist mindestens 90 %. Als Ergebnisindikator werden übergabebezogene Kommunikationsmängel mit bestätigtem Handlungsbedarf aus CIRS, Fehlerberichten oder Fallanalysen ausgewertet.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen
Da es sich um ein neues Projekt handelt, stehen die strukturierte Einführung, Schulung und Verankerung des Standards im Vordergrund. Abgeleitete Massnahmen sind die spitalweite Bereitstellung des Konzepts, die Einführung des E-Learnings, die Durchführung bereichsnaher Audits sowie die Bearbeitung von Abweichungen und Verbesserungspotenzialen im kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Stand der Umsetzung von Massnahmen
Das Projekt ist neu gestartet. Die konzeptionellen Grundlagen zur strukturierten Patientenübergabe nach SBAR liegen vor. Die Umsetzung erfolgt schrittweise und wird auf das gesamte Haus übertragen.

17.1.2 QVM: Case Management

Projektart
Qualitätsverbesserungsprojekt zur Weiterentwicklung des bestehenden Case Managements gemäss H+ Vorgaben. Die Massnahme ist dem Bereich Patientenzentriertheit und Patientensicherheit zugeordnet.

Projektziel
Ziel des Projekts ist es, das bereits etablierte Case Management anhand der H+ Qualitätsverbesserungsmassnahme weiter zu strukturieren und zu stärken. Im Fokus stehen die frühzeitige Erkennung von Patientinnen und Patienten mit komplexem Unterstützungsbedarf, eine proaktive Austrittsplanung sowie die bedarfsgerechte Organisation poststationärer Anschlusslösungen. Dadurch sollen die Kontinuität der Versorgung, die Patientensicherheit und die Entlastung des Behandlungsteams unterstützt werden.

Projektablauf / Methodik
Die Abteilung Case Management leitet die Umsetzung und überprüft die bestehenden Abläufe anhand der H+ Vorgaben. Bestehende Prozesse werden mit definierten Intake- und Assessmentkriterien, klaren Kommunikationswegen und einer strukturierten Fallsteuerung abgeglichen und bei Bedarf angepasst. Patientinnen und Patienten mit möglichem Unterstützungsbedarf werden frühzeitig identifiziert; bei Bedarf erfolgt ein strukturiertes Assessment der sozialen und organisatorischen Situation. Die weitere Planung erfolgt gemeinsam mit Patientinnen und Patienten, Bezugspersonen, Behandlungsteam und nachsorgenden Stellen.

Berufsgruppen
Federführend ist die Abteilung Case Management. Involviert sind je nach Situation Patientinnen und Patienten, Angehörige oder Bezugspersonen, Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, therapeutische Dienste, Beratungsstellen sowie nachsorgende Institutionen wie Spitex, Pflegeheime, Rehabilitation, Hausärztinnen und Hausärzte oder soziale Fachstellen.

Projektevaluation / Konsequenzen
Die Evaluation erfolgt im Rahmen des bestehenden Qualitätsmanagements und orientiert sich an den H+ Vorgaben. Dabei werden geeignete Kennzahlen und Rückmeldungen genutzt, zum Beispiel zur frühzeitigen Identifikation von Unterstützungsbedarf, zur zeitnahen Austrittsplanung, zur strukturierten Nachbetreuung oder zu ungeplanten Wiedereintritten. Die Ergebnisse dienen dazu, Kriterien, Abläufe und Schnittstellen im Case Management gezielt weiterzuentwickeln.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen
Das bestehende Case Management bildet bereits eine wichtige Grundlage für eine koordinierte Austritts- und Versorgungsplanung. Im Rahmen der H+ Qualitätsverbesserungsmassnahme werden die vorhandenen Strukturen überprüft, vereinheitlicht und dort ergänzt, wo zusätzlicher Bedarf besteht. Abgeleitete Massnahmen sind insbesondere die Schärfung der Intake- und Assessmentkriterien, die Klärung von Schnittstellen, die strukturierte Dokumentation sowie die regelmässige Evaluation der Wirksamkeit.

Stand der Umsetzung von Massnahmen
Die Massnahme ist gestartet. Ein Case Management besteht bereits; es wird im Rahmen des Projekts gemäss H+ Vorgaben weiterentwickelt und systematisch in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess eingebunden.

17.1.3 QVM: Londonprotokoll

Projektart
Qualitätsverbesserungsprojekt im Bereich Qualitäts- und Risikomanagement zur Weiterentwicklung der systemischen Fehleranalyse auf Basis des London Protokolls. Ein Verfahren zur Analyse von CIRS- beziehungsweise Risikofällen besteht bereits und wird im Rahmen des Projekts an die H+ Anforderungen angepasst.

Projektziel
Ziel des Projekts ist es, die bestehende Bearbeitung von CIRS-Fällen und schwerwiegenden Ereignissen weiter zu strukturieren und verbindlich mit den Anforderungen der QVM „Systemische Fehleranalyse auf Basis des London Protokolls“ abzugleichen. Im Fokus stehen eine systematische, nicht schuldzuweisende Analyse, die Identifikation fehlerbegünstigender Faktoren sowie die Ableitung und Nachverfolgung wirksamer Verbesserungsmassnahmen zur Stärkung der Patientensicherheit und Lernkultur.

Projektablauf / Methodik
Das Qualitätsmanagement leitet das Projekt und koordiniert die Umsetzung. Die bestehenden Arbeitsanweisungen, Vorlagen und Abläufe zur CIRS-Einzelfallanalyse werden überprüft und an die H+ Mindestanforderungen angepasst. Die Analyse erfolgt je nach Schweregrad und Lernpotenzial eines Ereignisses strukturiert nach dem London Protokoll. Dazu gehören die Entscheidung zur Analyse, die Auswahl der beteiligten Personen, die Sammlung relevanter Informationen, die Darstellung des zeitlichen Ablaufs, die Identifikation fehlerhafter Vorgänge und fehlerbegünstigender Faktoren sowie die Festlegung eines Massnahmenplans mit Verantwortlichkeiten, Fristen und Wirksamkeitsprüfung.

Involvierte Berufsgruppen
Federführend ist das Qualitätsmanagement. Je nach Ereignis und Analysebedarf werden die betroffenen beziehungsweise fachlich relevanten Berufsgruppen einbezogen, insbesondere Pflege, Ärztinnen und Ärzte, therapeutische oder diagnostische Bereiche, Führungspersonen sowie weitere Schnittstellen. Bei schwerwiegenden Fällen kann ein interdisziplinäres Untersuchungsteam gebildet werden.

Projektevaluation / Konsequenzen
Die Evaluation erfolgt anhand der H+ Anforderungen zur Integration in das betriebsinterne Qualitätskonzept. Bewertet wird insbesondere, ob ein verbindliches Dokument zur Anwendung des London Protokolls vorhanden ist, ob vertrauliche und anonymisierte Analyseberichte erstellt werden und ob diese eine Ereignisbeschreibung, den zeitlichen Ablauf, fehlerhafte Vorgänge, fehlerbegünstigende Faktoren sowie einen konkreten Aktionsplan enthalten. Zusätzlich werden Massnahmen, Verantwortlichkeiten, Fristen und die Wirksamkeitsprüfung im Sinne des PDCA-Zyklus nachverfolgt.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen
Das bestehende CIRS- und Risikomanagement bildet bereits eine Grundlage für die systematische Analyse von Ereignissen. Im Rahmen des Projekts werden die vorhandenen Dokumente und Vorlagen vereinheitlicht, die Entscheidungskriterien für Fallbesprechung beziehungsweise London-Protokoll-Analyse geschärft und die Dokumentation der Massnahmenpläne weiter standardisiert. Zudem werden Schulung und Sensibilisierung der beteiligten Mitarbeitenden zur Sicherheits- und Lernkultur berücksichtigt.

Stand der Umsetzung von Massnahmen
Das Projekt ist gestartet. Das Qualitätsmanagement führt die Anpassung der bestehenden CIRS-Einzelfallanalyse und der dazugehörigen Dokumente an die H+ Anforderungen durch. Die Massnahme wird im bestehenden Qualitäts- und Risikomanagement verankert und schrittweise im kontinuierlichen Verbesserungsprozess umgesetzt.

17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

17.2.1 QVM: Prävention akuter Verwirrtheit

Projektziel
Ziel des Projekts ist die frühzeitige Erkennung von Patientinnen und Patienten mit Risiko für akute Verwirrtheit sowie die systematische Umsetzung geeigneter nicht-medikamentöser Präventionsmassnahmen. Dadurch sollen die Behandlungsqualität und Patientensicherheit verbessert und mögliche Folgen akuter Verwirrtheit reduziert werden.

Projektablauf / Methodik
Die Umsetzung erfolgt im Rahmen der bestehenden klinischen Prozesse. Patientinnen und Patienten der definierten Zielgruppe werden mittels geeignetem Screening-Instrument auf Anzeichen akuter Verwirrtheit beziehungsweise ein erhöhtes Risiko eingeschätzt. Bei entsprechendem Risiko werden nicht-pharmakologische Präventionsmassnahmen geplant, umgesetzt und dokumentiert. Die Massnahmen werden in die Pflegeroutinen integriert und bei Bedarf an die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten angepasst.

Involvierte Berufsgruppen
Involviert sind insbesondere Pflegefachpersonen und Fachpersonen Gesundheit in direktem Kontakt mit Patientinnen und Patienten. Die Umsetzung erfolgt in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft sowie weiteren Gesundheitsfachpersonen und bei Bedarf unter Einbezug der Angehörigen.

Projektevaluation / Konsequenzen
Die Evaluation erfolgt anhand definierter Kennzahlen, insbesondere dem Anteil der Patientinnen und Patienten innerhalb der Zielgruppe mit Screening, dem Anteil der Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko und umgesetzten Präventionsmassnahmen sowie dem Anteil geschulter Mitarbeitender. Für 2025 wurden ein Screening-Anteil von 65 %, ein Anteil von 70 % bei umgesetzten Präventionsmassnahmen sowie ein Schulungsanteil von 80 % ausgewiesen.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen
Die Ergebnisse zeigen, dass die Prävention akuter Verwirrtheit in den Versorgungsprozess integriert ist und die definierten Zielwerte 2025 erreicht beziehungsweise teilweise übertroffen wurden. Zur weiteren Stabilisierung und Verbesserung der Umsetzung wird die Schulung der Mitarbeitenden fortgeführt; ab Mai 2026 ist zusätzlich ein neues E-Learning vorgesehen. Ergänzend soll die Information von Patientinnen und Patienten beziehungsweise Angehörigen weiter gestärkt werden, insbesondere durch die Abgabe geeigneten Informationsmaterials bei positivem DOS-Befund.

Stand der Umsetzung von Massnahmen
Die Massnahme ist implementiert. Screening, Präventionsmassnahmen, Dokumentation und Schulung der Mitarbeitenden sind Bestandteil der laufenden Umsetzung. Die Weiterentwicklung erfolgt im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

17.2.2 QVM: Management der Mangelernährung

Projektart
Qualitätsverbesserungsmassnahme im Bereich Patientensicherheit zum Management der Mangelernährung. **Projektziel**
Ziel des Projekts ist es, Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Risiko für Mangelernährung oder mit bereits bestehender Mangelernährung frühzeitig zu erkennen und bei Bedarf geeignete ernährungstherapeutische Massnahmen einzuleiten. Dadurch sollen Behandlungsqualität, Patientensicherheit und der klinische Verlauf unterstützt werden.

Projektablauf / Methodik
Das Management der Mangelernährung erfolgt als strukturierter Prozess. Dieser umfasst das Screening auf Mangelernährung, bei auffälligem Ergebnis ein weiterführendes Ernährungsassessment, die Einleitung einer individuellen Ernährungstherapie sowie die Dokumentation relevanter Befunde und Massnahmen. Die Umsetzung erfolgt im Rahmen der bestehenden klinischen Abläufe und wird an die Bedürfnisse der jeweiligen Patientinnen und Patienten angepasst.

Involvierte Berufsgruppen
Involviert sind insbesondere Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte, Ernährungsberatung beziehungsweise Ernährungstherapie sowie bei Bedarf weitere am Behandlungsprozess beteiligte Berufsgruppen. Die Zusammenarbeit erfolgt interprofessionell und orientiert sich am individuellen Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten.

Projektevaluation / Konsequenzen
Die Evaluation erfolgt anhand definierter Struktur- und Prozessmerkmale. Dazu gehören insbesondere der Anteil der Patientinnen und Patienten mit NRS-Screening innerhalb der Zielgruppe sowie das Vorhandensein einer Ernährungskommission. Für das Folgejahr 2026 ist ein Zielwert von 90 % für das NRS-Screening vorgesehen; die Ernährungskommission ist bereits vorhanden.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen
Die bisherige Umsetzung zeigt, dass das Management der Mangelernährung als interprofessionelle Aufgabe verstanden und in den Versorgungsprozess integriert werden muss. Als Massnahmen werden das strukturierte NRS-Screening, der frühzeitige Einbezug der Ernährungsberatung beziehungsweise Ernährungstherapie sowie die konsequente Dokumentation und Weitergabe relevanter Informationen weitergeführt und gestärkt.

Stand der Umsetzung von Massnahmen
Die Massnahme ist implementiert. Die Ernährungskommission ist vorhanden, und die weitere Umsetzung erfolgt über strukturierte Screening- und Behandlungsprozesse sowie den frühzeitigen Einbezug der Ernährungsberatung beziehungsweise Ernährungstherapie.

17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

17.3.1 IVR-Rezertifizierung des Rettungsdienstes

Projektart
Qualitätssicherungs- und Organisationsentwicklungsprojekt.

Projektziel
Strukturierte Vorbereitung auf die IVR-Rezertifizierung des Rettungsdienstes im Jahr 2025 mit dem Ziel, die formalen und inhaltlichen Anforderungen des Interverbands für Rettungswesen umfassend zu erfüllen.

Projektablauf / Methodik
- Interne Analyse der bestehenden Strukturen und Abläufe im Rettungsdienst
- Abgleich mit den aktuellen Vorgaben der IVR
- Überarbeitung und Ergänzung der notwendigen Nachweise, zum Beispiel Schulungsdokumentation, SOPs und Ausrüstungsstandards
- Kontinuierliche Umsetzung qualitätssichernder Massnahmen im Bereich Einsatzdokumentation, Materialpflege und Ausbildung
- Enge Zusammenarbeit innerhalb des Rettungsdienstes sowie mit den relevanten Schnittstellen

Involvierte Berufsgruppen
Rettungsdienstpersonal, Leitung Rettungsdienst, Technik, ärztliche Ansprechpersonen und Administration.

Projektevaluation / Konsequenzen
Die Evaluation erfolgte intern anhand strukturierter Checklisten, Schulungsnachweise und vorbereitender Überprüfungen. Die Ergebnisse dienten als Grundlage für eine gezielte Nachsteuerung bis zum Re-Zertifizierungszeitpunkt.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen
Die systematische Vorbereitung unterstützte die Weiterentwicklung bestehender Standards im Rettungsdienst und stärkte die bereichsspezifische Qualitätskultur. Zugleich wurden Schulungsinhalte, Abläufe und Dokumentation einheitlich strukturiert.

Stand der Umsetzung von Massnahmen
Das Projekt wurde erfolgreich durchgeführt. Die erforderlichen Massnahmen wurden umgesetzt und die IVR-Rezertifizierung des Rettungsdienstes im Jahr 2025 erfolgreich abgeschlossen.

18 Schlusswort und Ausblick

Das Berichtsjahr 2025 war geprägt von der weiteren Umsetzung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58a KVG sowie der kontinuierlichen Weiterentwicklung bestehender Qualitätsaktivitäten. Im Fokus standen die Stärkung der Patientensicherheit, der Qualitätskultur und der patientenzentrierten Versorgung. Die Ergebnisse aus Messungen, Befragungen, Audits und internen Auswertungen bilden eine wichtige Grundlage, um bestehende Prozesse zu überprüfen und gezielte Verbesserungsmassnahmen abzuleiten.

Im Jahr 2026 werden die begonnenen Qualitätsaktivitäten weitergeführt und ausgebaut. Schwerpunkte bilden unter anderem die strukturierte Patientenübergabe, die Weiterentwicklung des Case Managements sowie die systemische Fehleranalyse auf Basis des London-Protokolls. Zudem wird die Umsetzung bestehender Massnahmen in den Bereichen Patientensicherheit und Qualitätskultur weiter konsolidiert.

Seit Februar 2026 erweitert das AMEOS Spital Einsiedeln sein Leistungsangebot um eine muskuloskelettale Rehabilitation. Damit wird das bestehende Versorgungsangebot ergänzt und die regionale Versorgung weiter gestärkt. Die neuen Strukturen und Prozesse werden im kommenden Jahr in die Qualitätsarbeit eingebunden und im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses begleitet.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Spinale Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Gefässe
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Wechseloperationen Hüftprothesen

Wechseloperationen Knieprothesen
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie

Bemerkungen

ausserdem

- *Basis-Kinderchirurgie (gilt nur für Kinder ab dem vollendeten sechsten Lebensjahr)*
- *Akutgeriatrie Kompetenzzentrum*

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.