



Qualitätsbericht 2024

AMEOS Spital Einsiedeln

nach einer Vorlage von H+

Freigabe am: 21. Mai 2025

Durch: Daniel Schroer, Spitaldirektor & Paul Baartmanns, Leiter Qualitätsmanagement und Projekte

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 2024.

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 Risikoadjustierung oder Risikobereinigung ist ein statistisches Verfahren, um Qualitätsindikatoren für Unterschiede im Patientengut der Spitäler (z.B. im Case Mix und Behandlungsangebot) zu korrigieren. Um Spitäler trotz solcher Unterschiede ihrer Patient:innen hinsichtlich ihrer erbrachten Qualität schweizweit vergleichen zu können, müssen die Indikatoren für bestimmte Patientenrisikofaktoren adjustiert werden.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner 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 2024

Frau
Kathrin Zienert
Qualitätsbeauftragte
055 418 56 79
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 vielfältigen Qualitätsaktivitäten, die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform spitalinfo.ch dargestellt werden können. Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei.

Die Herausforderungen bleiben weiterhin vielfältig für die Spitäler und Kliniken. Sie müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen. Der Personalmangel und nicht-kostendeckende Tarife waren für H+ und die Spitäler weiterhin ein grosses Thema. Anfang November 2024 wurde das ambulante Gesamt-Tarifsystem dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Viele Spitäler und Kliniken haben das Projekt bereits gestartet und erste Schritte erledigt.

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den Qualitätsvertrag (QV58a) zwischen curafutura, santésuisse und H+ genehmigt (vgl. [Medienmitteilung des Bundesrates](#)) und diesen per sofort in Kraft gesetzt. Der QV58a legt klare Regeln für eine verbindliche und transparente Qualitätsentwicklung fest; er gilt gesamtschweizerisch für alle Spitäler und Kliniken.

H+ hat einen analogen Qualitätsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – Qualität – Qualitätsvertrag. Als Publikationsort wurde die Plattform spitalinfo.ch bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdenkulation vorgenommen. Ab der Vorlage 2025 werden dann diese Angaben zur Qualitätsentwicklung automatisch in den H+ Qualitätsbericht integriert.

Der Qualitätsbericht 2024 ist wiederum aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Im aktuellen Qualitätsbericht können zudem erstmalig die IQM Peer Review Verfahren aufgeführt werden.

Die bisherige Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wird künftig abgelöst. Auf Initiative der Spitäler und Kliniken, ist der ANQ daran andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen und weiterzuentwickeln. Das Ziel ist, künftig klinische Routinedaten und somit Daten aus den elektronischen Patientendokumentationen nutzbar zu machen, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen.

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.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt. Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt diesen 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 2024	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	17
4.5 Registerübersicht	18
4.6 Zertifizierungsübersicht	20
QUALITÄTSMESSUNGEN	21
Zufriedenheitsbefragungen	22
5 Patientenzufriedenheit	22
5.1 Eigene Befragung	22
5.1.1 Ihre Meinung ist uns wichtig	22
5.2 Beschwerdemanagement	23
6 Angehörigenzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	24
7.1 Eigene Befragung	24
7.1.1 Mitarbeitendenbefragung	24
8 Zuweiserzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	26
Messungen in der Akutsomatik	26
9 Wiedereintritte	26
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	26
10 Operationen	28
10.1 Hüft- und Knieprothetik	28
11 Infektionen	30
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	30
12 Stürze	
Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
13 Dekubitus	
Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
Messungen in der Psychiatrie	0
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
15 Symptombelastung psychischer Störungen	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
Messungen in der Rehabilitation	0
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

Weitere Qualitätsaktivitäten	0
17	Weitere Qualitätsmessungen
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.
18	Projekte im Detail
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte
18.1.1	Implementierung M&M Konferenzen.....
18.1.2	QVM: Prävention akuter Verrirrtheit
18.1.3	QVM: Management der Mangelernährung.....
18.1.4	QVM: Sturzprävention.....
18.1.5	Ausbau Risikomanagementsystem.....
18.1.6	Ausbau Auditmanagement.....
18.1.7	Reaktivierung KAIZEN
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024
18.2.1	Einführung Kitteltaschenheft Pflege
18.2.2	Einführung Schulungsordner für temporäre Mitarbeitende
18.2.3	Aufbau und Einführung strukturierter E-Learnings (EasyLearn)
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte
18.3.1	Vorbereitung auf die IVR-Rezertifizierung 2025 (Rettungsdienst)
19	Schlusswort und Ausblick
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	45
Akutsomatik	45
Anhang 2	47
Herausgeber	48

1 Einleitung

Das AMEOS Spital Einsiedeln ist seit Mai 2020 Teil der Schweizer AMEOS Gruppe, einem der bedeutendsten Gesundheitsversorger im deutschsprachigen Raum. Die AMEOS Gruppe betreibt derzeit 101 Einrichtungen an 55 Standorten in Deutschland, Österreich und der Schweiz und beschäftigt rund 18.300 Mitarbeitende. Alle Einrichtungen eint die gemeinsame Mission: „**Vor allem Gesundheit**“.

In der Schweiz umfasst die AMEOS Gruppe neben dem Regionalspital Einsiedeln auch das AMEOS Seeklinikum Brunnen, das auf stationäre psychosomatische Versorgung spezialisiert ist. Zudem betreibt die Gruppe ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtungen in Baar und Brunnen. Gemeinsam bieten sie ein breites Spektrum medizinischer, psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen an.

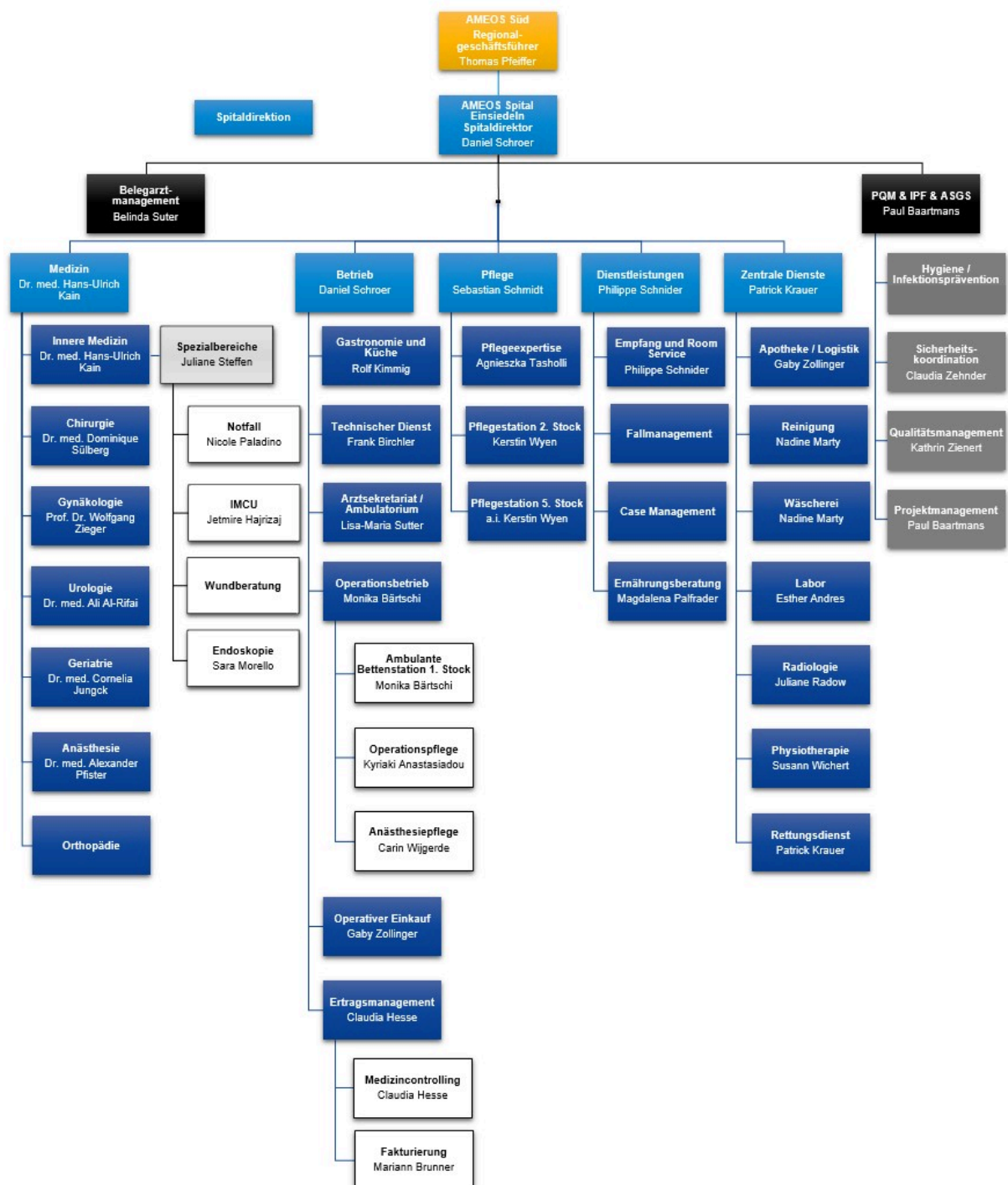
Das AMEOS Spital Einsiedeln bietet eine umfassende medizinische Grund- und Notfallversorgung mit Akutgeriatrie, Innerer Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Anästhesie, Gynäkologie, HNO sowie Wirbelsäulenchirurgie. Ergänzt wird das Angebot durch Radiologie, Labor, therapeutische Fachdienste und einen eigenen Rettungsdienst.

Im Jahr 2024 konzentrierten sich die Qualitätsaktivitäten auf die Stärkung der Qualitätskultur, Erhöhung der Patientensicherheit und dem Schaffen von Klarheit in Alltagsprozessen. Sie werden im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses fortgeführt und weiter ausgebaut. Unser Ziel bleibt: ein Höchstmass an Patientensicherheit, medizinischer Qualität und bestmöglicher Versorgung – jeden Tag, für alle unsere Patientinnen und Patienten.

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 PGM & 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 Qualitätsbeauftragte Kathrin Zienert ist für die operative Umsetzung der Qualitätsaktivitäten zuständig und berichtet direkt an die Abteilungsleitung. Die in derselben Abteilung angesiedelten Funktionen Infektionsprävention/Hygiene sowie Sicherheitskoordination/ASGS (Claudia Zehnder) 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, Qualitätsbeauftragte

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. Ein aktuelles Organigramm (Stand 20.05.2025) ist diesem Bericht beigelegt.

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
Qualitätsbeauftragte

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 2024

Wichtigste Qualitätsschwerpunkte im Jahr 2024:

1. Weiterentwicklung der Prozessorganisation
2. Implementierung einer Dokumentenmanagementstruktur aufgrund der Prozessorganisation
3. Anpassen des CIRS an die Vorgaben des neuen Qualitätsvertrags

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

1. Weiterentwicklung der Prozessorganisation

Die Prozessorganisation wurde im Jahr 2024 systematisch weiterentwickelt. Die bestehende Prozessstruktur bildet die Grundlage für das neu eingeführte Dokumentenmanagementsystem. Zahlreiche Unterprozesse der bestehenden Teilprozesse wurden identifiziert und teilweise detailliert beschrieben. Bestehende mitgeltende Dokumente wurden aktualisiert oder neu erstellt und strukturiert in das System integriert.

2. Einführung eines Dokumentenmanagementsystems

Das Dokumentenmanagementsystem wurde erfolgreich in der Organisation eingeführt. Es wurden klare Arbeitsanweisungen zur Dokumentenerstellung und -lenkung erarbeitet. Zusätzlich wurde ein neues Corporate Identity (CI) zur Standardisierung interner und externer Dokumente implementiert.

3. Weiterentwicklung des CIRS-Systems

Das interne Meldesystem (CIRS) wurde durch gezielte Schulungen und regelmässige Mitarbeitendeninformationen tiefer in der Organisation verankert. Die Auswertung und Berichterstattung wurden stärker am PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) ausgerichtet, um kontinuierliche Verbesserungen systematisch abzuleiten.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das AMEOS Spital Einsiedeln richtet seine Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren konsequent an den Anforderungen des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG sowie an der nationalen Qualitätsstrategie aus. Die Weiterentwicklung erfolgt strukturiert entlang der vier Handlungsfelder:

Qualitätskultur, Patientensicherheit, Patientenzentriertheit und evidenzbasierte Entscheidungsfindung.

Ein wichtiger Bestandteil ist der weitere Ausbau des Qualitätsmanagementsystems (QMS) auf Basis des PDCA-Zyklus. Bestehende Instrumente wie das CIRS, die regelmässigen Mitarbeitendenbefragungen, das Auditwesen und das systematische Reporting werden weiterentwickelt, stärker vernetzt und für die Steuerung genutzt.

1. Qualitätskultur

Zur Stärkung der Qualitätskultur werden das CIRS-System sowie das Mitarbeitenden-Feedback weiter vertieft in der Organisation verankert. Die Rückmeldungen aus dem CIRS fliessen regelmässig in den monatlichen QM-Bericht ein und bilden eine wichtige Entscheidungsgrundlage im Lenkungsausschuss Qualität (LAQ). Die jährlich durchgeführte Mitarbeitendenbefragung liefert zusätzliche Hinweise auf organisationale Verbesserungspotenziale.

2. Patientensicherheit

Im Rahmen der Umsetzung des Qualitätsvertrags wurden bereits mehrere anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) eingeführt, darunter die Sturzprävention, die Prävention akuter Verwirrtheit und das Management der Mangelernährung. Diese Massnahmen werden weiter konsolidiert und durch strukturierte Analysen und interprofessionelle Besprechungen begleitet.

3. Patientenzentriertheit

Die kontinuierliche Erhebung der Patientenzufriedenheit die Plattform „Spectos“ wird weitergeführt. Eine Überarbeitung des Konzepts zur Patientenbefragung nach ANQ-Vorgaben sowie ist geplant. Ziel ist es, Rückmeldungen noch zielgerichteter in Verbesserungsprozesse einfliessen zu lassen.

4. Evidenzbasierte Entscheidungsfindung

Datenbasierte Steuerung und strukturierte Fallbesprechungen werden mittelfristig weiter ausgebaut. Die im Aufbau befindliche KPI-Struktur dient dazu, die Wirksamkeit von Massnahmen systematisch zu erfassen und strategisch zu steuern.

5. Prozess- und Dokumentenmanagement

Die bestehende Prozessstruktur wird kontinuierlich erweitert und bildet gemeinsam mit dem Dokumentenmanagementsystem (DMS) die Grundlage für eine standardisierte, nachvollziehbare Qualitätssicherung. Die systematische Dokumentenlenkung nach DMS-Konzept sowie der Abgleich mit der Prozessstruktur werden laufend optimiert.

6. Organisatorische Einbettung

Die Qualitätsentwicklung wird zentral durch die Leitung Projekt- und Qualitätsmanagement (LPQ) koordiniert und im Lenkungsausschuss Qualität (LAQ) gesteuert. Die Jahresziele werden dort verabschiedet und über ein strukturiertes Berichtswesen (monatlicher QM-Bericht, Jahresbericht, Audits, CIRS-Reporting) systematisch überprüft und weiterentwickelt.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse, curafutura und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
- Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso - Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS) - Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen

4.2 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

4.3 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:
Patientenzufriedenheit
▪ Ihre Meinung ist uns wichtig
Mitarbeitendenzufriedenheit
▪ Mitarbeitendenbefragung

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Easylearn-Schulungskonzept überarbeiten

Ziel	Regelmässige orts- und zeitunabhängige Schulungen für Mitarbeitende zur Stärkung der Fachkompetenz
Bereich, in dem das Projekt läuft	Wissensmanagement
Projekt: Laufzeit (von...bis)	3. und 4. Quartal 2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Unzureichende Schulungen
Methodik	Übernahme der Zuständigkeit für Schulungen durch das Qualitätsmanagement; Entwicklung neuer Schulungen, eines Schulungskatalogs sowie einer Systematik für Schulungszuweisungen.
Involvierte Berufsgruppen	sämtliche
Evaluation Aktivität / Projekt	Wird im 3. und 4. Quartal 2025 evaluiert.

Schulungsordner

Ziel	Schulung temporärer Mitarbeitender
Bereich, in dem das Projekt läuft	Pflege
Projekt: Laufzeit (von...bis)	4. Quartal 2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Temporäre Mitarbeitende nehmen nicht am regulären Einführungstag teil und haben keinen Zugang zur E-Learning-Plattform. Dadurch besteht ein relevantes Wissensdefizit zu wichtigen Themen wie REA-Alarmierung, CIRS, Hygienevorgaben, Arbeitssicherheit und weiteren bereichsübergreifenden Standards.
Methodik	Erstellung eines physischen Schulungsordners mit fachspezifisch angepassten Inhalten. Die Theme beinhalten jeweils eine Lesebestätigung mit Name, Datum und Visum. Die Inhalte werden
Involvierte Berufsgruppen	Pflegefachpersonen HF/FH, Fachpersonen Gesundheit (FaGe), Assistenzpersonal in der Pflege. Die Fachstellen Qualitätsmanagement, Infektionsprävention, IT, Ernährungsberatung und Sicherheitskoordination liefern Inhalte und begleiten die Umsetzung
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluation durch Rückmeldung der Stationsleitungen nach Projektstart.

Kitteltaschenhefte Pflege

Ziel	Erstellung und Einführung kompakter, praxisnaher Kitteltaschenhefte zur Verbesserung der Handlungssicherheit in Akutsituationen und zur Förderung einheitlicher Standards im Pflegealltag.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Pflege
Projekt: Laufzeit (von...bis)	3. und 4. Quartal 2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Basierend auf CIRS-Meldungen zeigte sich ein erhöhter Informationsbedarf bezüglich standardisierter Abläufe in Notfallsituationen sowie im Umgang mit klinischen Risikokonstellationen. Insbesondere auf den Bettenstationen wurde ein fehlendes, kompaktes Nachschlagewerk identifiziert.
Methodik	Entwicklung eines physischen Heftchens im Taschenformat (Kitteltaschenheft), das zentrale Informationen und Tools für den Pflegealltag enthält. Inhalte: Telefonnummern, Verhalten bei REA, NEWS2-Schema, VAS-Skala, Infusionsumrechnungstabellen, Checklisten
Involvierte Berufsgruppen	Pflegfachpersonen HF/FH, FaGe, IMC-Pflege, Stationsleitungen, QM, Fachexpertinnen Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Wird im 3. und 4. Quartal 2025 evaluiert.

Sichtbarmachung des Beschwerde-/Reklamationsmanagements im Intranet

Ziel	Erhöhung der Transparenz und Zugänglichkeit des Beschwerde- und Reklamationsprozesses für alle Mitarbeitenden
Bereich, in dem das Projekt läuft	sämtliche
Projekt: Laufzeit (von...bis)	1. bis 4. Quartal 2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Wiederholte Missverständnisse und Rückfragen im Umgang mit Beschwerden und Reklamationen zeigten, dass bestehende Dokumente und Zuständigkeiten nicht ausreichend präsent waren. Eine strukturierte, auffindbare Ablage war notwendig.
Methodik	Erstellung einer sichtbaren Kachel im Beekeeper mit direktem Link zum Ordner „Patientenfeedback: Beschwerden und Reklamationen“. Hinterlegt wurden Formularvorlagen, das Konzept, eine Prozessgrafik, ein Info-Blatt und ein Leitfaden zur Stellungnahme. Inter
Involvierte Berufsgruppen	Alle operativ tätigen Berufsgruppen; insbesondere Pflege, medizinische Dienste, Hotellerie, Qualitätsmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	ständige Auswertung der Anzahl eingehender Beschwerden zur Prüfung der Anwendbarkeit des Systems

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Einführung und Etablierung des CIRS (Critical Incident Reporting System)

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	Die Etablierung eines Meldesystems für kritische Ereignisse war notwendig, um Risiken systematisch zu erfassen, daraus zu lernen und präventive Massnahmen abzuleiten. Das CIRS dient als Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit und zur Förderung einer offenen Fehlerkultur.
Methodik	Implementierung eines webbasierten CIRS-Tools, interne Schulungen aller Berufsgruppen, monatliche Auswertung der Meldungen durch QM, anonymisierte Rückmeldungen an die Teams.
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen (Pflege, ärztlicher Dienst, Therapie, Hotellerie, etc.), QM, Direktion
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufende Auswertung der Anzahl, Qualität und Kategorien der Meldungen. Trends und wiederkehrende Themen werden im LAQ und in der CIRS-Kommission besprochen. Schulungsbedarf wird aus der Analyse abgeleitet. Rücklaufquote und Reaktionszeit werden beobachtet.

Aufbau und Etablierung des Prozessmanagements

Ziel	Standardisierte und nachvollziehbare Darstellung, Steuerung und Weiterentwicklung von Abläufen zur Sicherstellung von Qualität, Effizienz und Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Qualitätsmanagement / spitalweit
Aktivität: Laufzeit (seit...)	2023
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Um QM-Standards zu erfüllen, wurde ein systematisches Prozessmanagement eingeführt. Ziel war die Abkehr von rein abteilungsorientierten Abläufen hin zu einem transparenten, strukturierten Prozessverständnis mit einheitlicher Dokumentation.
Methodik	Aufbau einer dreistufigen Prozessstruktur (Haupt-, Teil-, Unterprozesse), Darstellung im DMS, Einteilung in Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse. Dokumentation mittels Prozessbeschreibung (PB) und ggf. grafischer Abbildung (PA). Umsetzung und Pflege
Involvierte Berufsgruppen	Alle Fachbereiche, QM, Leitung Projekt- und Qualitätsmanagement, Direktion
Evaluation Aktivität / Projekt	Fortschritt wird jährlich dokumentiert und im LAQ reflektiert.

Einführung und Etablierung des Dokumentenmanagementsystems (DMS)

Ziel	Standardisierte Ablage, Versionierung, Lenkung und Archivierung aller qualitätsrelevanten Dokumente zur Sicherstellung von Nachvollziehbarkeit, Verbindlichkeit und Prozessintegration
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Qualitätsmanagement / alle Bereiche
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2023 (schrittweise Einführung)
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Ein strukturierter und einheitlicher Umgang mit Dokumenten ist unabdingbar für ein wirksames Qualitätsmanagement. Die bisherige heterogene Ablage wurde durch ein prozessorientiertes DMS mit klaren Vorgaben zu Struktur, Metadaten, Versionierung und Freigabe ersetzt. Damit erfüllt das Spital auch die Anforderungen aus dem Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG.
Methodik	Aufbau einer dreistufigen Prozessstruktur mit zugehöriger DMS-Ablage auf dem G-Laufwerk und in Beekeeper. Verwendung standardisierter Word-Vorlagen mit Metadatenfeldern, klar definierter Freigabeprozess durch QM. Integration der Dokumente in relevante Pro
Involvierte Berufsgruppen	Alle Fachbereiche, Qualitätsmanagement, IT
Evaluation Aktivität / Projekt	Kontinuierliche Pflege über die DMS-Dokumentenverzeichnisse. Systematische Evaluationszyklen (alle drei Jahre)

4.4.1 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 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, Bariatric, 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 Krebs epidemiologie 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/

4.6 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	2024	2025 Rezertifizierung
Supervisionen	Routinelabor	2003	2024	Checkliste Qualab findet 2x/Jahr statt
Swiss Medic Audit	Labor Mikrobiologie	2016	2023	gültig bis August 2026
Swiss Medic Audit	Labor/Blutspende	2000	2023	Wurde in April 2023 erfolgreich auditiert
Audit Kantonschemiker	Labor Mikrobiologie	2011	2023	gültig bis Juni 2028
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	Wird alle 5 Jahre Rezertifiziert, nächste Zertifizierung Juli 2024
Lebensmittel-kontrolle	Küche	1987	2024	Jährliche amtliche Kontrolle des Laboratorium der Urkantone
Audit Strahlenschutz	Operationsbetrieb	2000	2016	BAG +

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patient:innen und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

5.1 Eigene Befragung

5.1.1 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 2024 durchgeführt.

Die Befragung fand auf allen stationären Bettenabteilungen des Spitals statt und betraf somit sämtliche medizinischen und pflegerischen Fachbereiche mit stationärer Patientenversorgung. 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.

Im Jahr 2024 verzeichnete das AMEOS Spital Einsiedeln einen stabilen **Net Promoter Score (NPS) von 66.84 %**, was einer deutlichen Steigerung gegenüber dem Vorjahr entspricht (2023: 59.34 %). Die **durchschnittliche Gesamtzufriedenheit** liegt bei **3.73 von 4 Punkten** und nähert sich damit dem Niveau von 2022 (3.75) an. Die Rücklaufquote der Befragung betrug 18.4 % und konnte im Vergleich zu den Vorjahren um rund 30 % gesteigert werden.

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
---	---

Bemerkungen

Die Messergebnisse werden jährlich durch das Qualitätsmanagement analysiert und in einem strukturierten Bericht an die Spitaldirektion übermittelt. Dieser Bericht bildet die Grundlage für bereichsübergreifende Qualitätsmassnahmen und wird auch im Lenkungsausschuss Qualität diskutiert. Zusätzlich erfolgt eine transparente interne Kommunikation der Resultate über Beekeeper und bereichsspezifische Rückmeldeschleifen.

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

AMEOS Spital Einsiedeln AG

Feedback- / Beschwerdemanagement

Paul Baartmans

Leiter Projekt- und Qualitätsmanagement

055 418 56 80

paul.baartmans@einsiedeln.ameos.ch

Montag- Freitag

Die operative Bearbeitung erfolgt durch die
Qualitätsbeauftragte, Kathrin Zienert, Tel. 055

418 56 79

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 2024 am AMEOS Spital Einsiedeln gibt ein differenziertes Bild über die Wahrnehmung des Arbeitsalltags durch die Belegschaft. Die Rückmeldungen decken eine breite Themenpalette ab – von Zusammenarbeit und Führung über persönliche Entwicklungsmöglichkeiten bis hin zur Arbeitsplatzgestaltung und interner Kommunikation. Die Ergebnisse zeigen, dass zentrale Aspekte wie Führung, Zusammenarbeit im Team und die persönliche Sinnhaftigkeit der Arbeit von vielen Mitarbeitenden positiv bewertet wurden. Gleichzeitig wurden in einzelnen Themenfeldern Hinweise auf Entwicklungspotenzial sichtbar, etwa im Bereich unterstützender Services oder der physischen Arbeitsbedingungen. Diese Einschätzungen bewegen sich insgesamt im mittleren Bereich und dienen als Grundlage für die gezielte Weiterentwicklung der Arbeitsumgebung und Organisationskultur. Die Ergebnisse werden im weiteren Verlauf mit den Führungskräften und Mitarbeitendengremien analysiert und fliessen in die betriebliche Qualitätsarbeit sowie die Massnahmenplanung ein.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir vom August bis September durchgeführt.

Die Befragung wurde in allen Bereichen und Abteilungen des Spitals durchgeführt.

In die Befragung einbezogen wurden alle festangestellten Mitarbeitenden des AMEOS Spitals Einsiedeln, unabhängig von Funktion, Arbeitsbereich oder Anstellungsgrad. Ausgeschlossen waren ausschliesslich temporär Beschäftigte ohne systematischen Zugang zur internen Kommunikation sowie Mitarbeitende in Langzeitabwesenheit.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse eine hohe Identifikation mit der Organisation, insbesondere in den Bereichen Führung (Ø 5.07 von 6) sowie Arbeitsaufgaben und Entwicklung (Ø 5.01). Die Bewertungen des Arbeitsumfelds (Ø 4.83) und der internen Kommunikation (Ø 4.19) liegen ebenfalls im positiven Bereich. Leicht unterdurchschnittlich bewertet wurden dagegen die Serviceleistungen zur Unterstützung des Arbeitsplatzes (Ø 3.50) sowie die Gestaltung des physischen Arbeitsplatzes (Ø 3.34). Diese Themen werden im Rahmen des internen Verbesserungsprozesses gezielt aufgegriffen. Der Net Promoter Score (NPS) zeigt eine grundsätzlich positive Grundhaltung der Mitarbeitenden, mit Entwicklungspotenzial in einzelnen Bereichen. Die Resultate bilden eine wertvolle Grundlage für konkrete Massnahmen in Zusammenarbeit mit Führungskräften und Mitarbeitendengremien.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Befragung bestätigt eine insgesamt positive Grundstimmung im Haus, insbesondere in Bezug auf Führung, Teamarbeit und Aufgabenidentifikation. Hinweise auf Verbesserungsbedarf betreffen vor allem unterstützende Services, Kommunikation und Arbeitsplatzgestaltung. Diese Themen werden gezielt in die Qualitätsarbeit aufgenommen und in den Fachbereichen weiterbearbeitet. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für konkrete Entwicklungsschritte.

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.

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen bezeichnen akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen und als Bestandteil der bisherigen Behandlung nicht zwingend erwartet wurden. Von allen Wiedereintritten, die während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auftreten, werden lediglich ungeplante Wiedereintritte als Qualitätsauffälligkeit gezählt und berücksichtigt. Dabei werden ungeplante Rehospitalisationen stets als Auffälligkeiten angesehen, unabhängig vom genauen Grund des Wiedereintritts. Geplante Rehospitalisationen hingegen werden nicht berücksichtigt.

Seit dem Jahr 2022 (BFS-Datenjahr 2020) verwendet der ANQ den Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) um die ungeplanten Rehospitalisationen während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auszuwerten. Die Unterscheidung zwischen ungeplanten und geplanten Rehospitalisationen erfolgt mittels des Algorithmus. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser dient als Datengrundlage für die Bildung und Auswertung der ungeplanten Rehospitalisationen.

Insgesamt werden 13 Indikatoren ausgewertet, für die transparente Publikation eignen sich davon jedoch nur die folgenden 6 Indikatoren:

Messergebnisse

Qualitätsindikatoren	BFS-Daten 2021	BFS-Daten 2022
AMEOS Spital Einsiedeln AG	Risikoadjustierte Rate	Risikoadjustierte Rate
Spitalweite Kohorte	5.51 %	5.57 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	4.91 %	4.14 %
Kardiorespiratorische Kohorte	8.95 %	0 %
Sonstige medizinische Kohorte	7.72 %	9.53 %

Zur Risikoadjustierung der ungeplanten Rehospitalisationen werden das Alter, das Geschlecht und eine Vielzahl möglicher komorbider Nebenerkrankungen der Patient:innen berücksichtigt. Beurteilt wird dabei der Zustand der Patient:innen beim Erstaufenthalt (nicht beim Wiedereintritt).

Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website:

www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Rehospitalisationsraten 2022 liegen insgesamt auf stabilem Niveau.

Angaben zur Messung	
Auswertung	Dr. med. Dr. sc. nat. Michael Havranek, Universität Luzern
Methode / Instrument	Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), angepasst auf die Schweizer Codier-Regeln. Die angepasste Version für die Schweiz wurde mittels einer Validierungsstudie geprüft.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	▪ Stationäre Patientinnen und Patienten. ▪ 18 Jahre oder älter. ▪ Patient:in ist beim Erstaufenthalt nicht verstorben. ▪ Patient:in wurde nach Erstaufenthalt nicht direkt an ein anderes Akutspital überwiesen. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes oder eines Haupt- oder Nebenbehandlungs-Kodes, der gemäss den spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien eine der Kohorten beschreibt.
	Ausschlusskriterien	▪ Entlassung erfolgte beim Erstaufenthalt entgegen dem Rat des behandelnden Arztes. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes für eine psychiatrische Erkrankung oder eine Rehabilitation. ▪ Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Klinik (Krankenhaustypologie «K211» und «K212») oder einer Rehabilitationsklinik («K221») oder Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Hauptkostenstelle («M500»), einer Hauptkostenstelle für Rehabilitation («M950») oder einer pädiatrischen Hauptkostenstelle («M400»). ▪ Erstaufenthalt zur ausschliesslichen medizinischen Behandlung eines Krebsleidens, ohne einen chirurgischen Eingriff (dieses Ausschlusskriterium betrifft nur den spitalweiten Indikator und seine Kohorten, weil die diagnose- und eingriffs-spezifischen Indikatoren in jedem Fall auf spezifische Diagnosen bzw. Eingriffe ausgerichtet sind). ▪ Fehlen eines ausreichenden Nachverfolgungszeitraumes von 30 Tagen nach der Entlassung (z.B. im Dezember am Ende des Jahres der aktuellen Untersuchungsperiode), sodass nicht bestimmt werden kann, ob eine Rehospitalisation, während 30 Tagen erfolgte. ▪ Beim betreffenden Erstaufenthalt handelt es sich bereits um eine ungeplante Rehospitalisation während 30 Tagen eines vorhergehenden Erstaufenthalts mit dem gleichen Grundleiden. ▪ Patient:in lebt im Ausland. ▪ Vorhandensein einer mit mikrobiologischem Nachweis bestätigten COVID-19 Diagnose.

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

Spitäler und Kliniken erfassen im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ implantierte Hüft- und Knieprothesen im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Das Register ermöglicht eine grosse Anzahl von Implantationen über einen langen Zeitraum zu beobachten sowie regelmässige Auswertungen und Vergleiche auf Ebene der Spitäler und Kliniken, als auch der Implantate zu machen. Ein besonderes Augenmerk gilt den 2-Jahres-Revisionsraten, d.h. der Revision innerhalb von zwei Jahren nach dem Primäreingriff. Das Register wird von der SIRIS Stiftung geführt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.siris-implant.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2018 bis 31.12.2021

	Anzahl eingeschlossene Primär-Implantate (Total)	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/ N)	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %		Adjustierte Revisionsrate %
			2016 - 2019	2017 - 2020	
			2018 - 2021	2018 - 2021	
AMEOS Spital Einsiedeln AG					
Primäre Hüfttotalprothesen	373	3.00%	2.10%	3.00%	2.90%
Primäre Knieprothesen	406	2.50%	2.50%	2.10%	2.30%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2024 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2018 bis Dezember 2021. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2023.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

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

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swiss RDL, ISPM Bern
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Alle Patient:innen mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patient:innen, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patientinnen und Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes oder einer Rehospitalisation führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen***.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Blinddarm-Entfernungen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2023 – 30. September 2024

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2023/2024	2023/2024	2023/2024
AMEOS Spital Einsiedeln AG			
Blinddarm-Entfernungen	46	0	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	29	1	3.40% (0.00% - 10.10%)
Kaiserschnitt (Sectio)	10	0	0.00% (0.00% - 4.70%)

Die Messungen mit und ohne Implantate werden seit der Messung 2021/2022 zeitgleich durchgeführt.

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober – 30. September

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2023/2024	2023/2024	2023/2024
AMEOS Spital Einsiedeln AG			
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	196	0	0.00% (0.00% - 1.90%)

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Im aktuellen Erhebungszeitraum wurde bei den erfassten Eingriffen in fast allen Kategorien keine postoperative Wundinfektion festgestellt. Eine Infektion trat im Rahmen von Dickdarmoperationen auf, was zu einer adjustierten Infektionsrate von 3.4 % führt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
--------------------------------	-----------

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patient:innen (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patient:innen (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patient:innen, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Implementierung M&M Konferenzen

Projektart:

Qualitätsprojekt im Bereich klinisches Risikomanagement / Patientensicherheit

Projektziel:

Etablierung regelmässiger interdisziplinärer Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) zur strukturierten Aufarbeitung komplexer Behandlungsverläufe mit Fokus auf Patientensicherheit, systemisches Lernen und kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

Projektablauf / Methodik:

Das Konzept basiert auf standardisierten Fallbesprechungen nach anerkannten Kriterien (z. B. Trigger-Events, Sentinel Events). Die Konferenzen werden fallbezogen und retrospektiv durchgeführt, unter Anwendung definierter Präsentations- und Analyseformate. Die Fallauswahl erfolgt anonymisiert und strukturiert. Die methodische Begleitung erfolgt durch das Qualitätsmanagement.

Involvierte Berufsgruppen:

Ärztlicher Dienst (v. a. chirurgische Fachrichtungen), Pflegefachpersonen, Leitung Qualität und Projekte; punktuell auch Anästhesie, Administration oder weitere Beteiligte je nach Fall.

Projektelevaluation / Konsequenzen:

Die Evaluation erfolgt nach Implementierung über die Dokumentation und Nachverfolgung abgeleiteter Massnahmen, Feedback aus dem Teilnehmerkreis sowie über Rückmeldungen im Rahmen des LAQ und der klinikinternen Qualitätssicherung.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen:

M&M-Konferenzen sollen sowohl zur Identifikation systemischer Verbesserungspotenziale beitragen als auch zur Förderung einer offenen Fehlerkultur. Ergebnisse und Massnahmen fliessen in die kontinuierlichen Verbesserungsprozesse (KVP) ein.

Stand der Umsetzung von Massnahmen:

Die organisatorische Vorbereitung ist abgeschlossen, die Umsetzung steht kurz bevor. Erste Termine und Fallauswahl sind geplant. Die Konferenzen starten pilotweise in der chirurgischen Klinik.

18.1.2 QVM: Prävention akuter Verwirrtheit

Projektart

Qualitätsverbesserungsmassnahme gemäss Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG im Handlungsfeld „Patientensicherheit“

Projektziel

Reduktion der Inzidenz und Schwere akuter Verwirrheitszustände bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten durch die Einführung nicht-pharmakologischer Mehrkomponenten-Interventionen und regelmässiges Delir-Screening.

Projektablauf / Methodik

- Entwicklung und Pilotierung eines interprofessionellen Präventionskonzepts
- Schulung des Pflegepersonals zur Anwendung evidenzbasierter Screening-Instrumente (z. B. 4AT, Nu-DESC)
- Integration präventiver Massnahmen in die Pflegeroutinen ab Aufnahme
- Dokumentation der Screening-Resultate und Interventionen in der Pflegedokumentation
- Evaluation der Umsetzungsqualität und Wirkung im Rahmen des PDCA-Zyklus

Involvierte Berufsgruppen

Pflegefachpersonen, FAGE, ärztlicher Dienst (v. a. Innere Medizin, Geriatrie, Chirurgie), IT, Technischer Dienst, Qualitätsmanagement, Angehörige (im Sinne partizipativer Pflege)

Projektevaluation / Konsequenzen

Die Evaluation erfolgt anhand der Prozessindikatoren (z. B. Screeningquote, Dokumentation) sowie durch Beobachtung klinischer Verläufe. Die Massnahme wird in das Qualitätskonzept integriert und unterliegt einer regelmässigen Überprüfung.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

Die Wirksamkeit nicht-medikamentöser Interventionen ist wissenschaftlich belegt. Neben dem Screening ermöglichen Massnahmen wie Mobilisation, Reorientierung und Flüssigkeitsmanagement eine wirksame Prävention. Erkenntnisse aus der Pilotphase werden genutzt, um die Intervention spitalspezifisch zu adaptieren.

Stand der Umsetzung von Massnahmen

Das Projekt befindet sich aktuell in der Planungsphase. Eine erste Analyse nach dem PDCA-Zyklus wurde durchgeführt, und die IMCU wurde als Pilotabteilung definiert. Geplant sind die Einführung von Screening-Instrumenten (ICDSC, CAM, CAM-ICU), die Integration einer Massnahmenliste ins Klinikinformationssystem sowie die Aktualisierung des bestehenden Delirkonzepts. Die Umsetzung wird begleitet durch E-Learnings zur Schulung des Personals, ein Informationsplakat und die geplante Einbindung eines Controlling-Moduls zur Auswertung und Steuerung der Massnahmen.

18.1.3 QVM: Management der Mangelernährung

Projektart

Qualitätsverbesserungsmassnahme gemäss Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG im Handlungsfeld „Patientensicherheit“

Projektziel

Früherkennung und systematische Behandlung von Mangelernährung durch strukturierte Screeningprozesse, individualisierte Ernährungstherapie und interprofessionelle Zusammenarbeit – mit dem Ziel, klinische Komplikationen zu vermeiden, die Behandlungsqualität zu steigern und Folgekosten zu reduzieren.

Projektablauf / Methodik

Das Projekt orientiert sich am PDCA-Zyklus:

- **PLAN:** Festlegung von Screening- und Interventionsstandards (NRS-2002, Ernährungsberatung, Dokumentation im Austrittsbericht)
- **DO:** Pilotierung auf der Geriatrie mit täglichem Screening, standardisierter Dokumentation und Umsetzung gezielter Massnahmen (angepasste Kost, Trinknahrung, Zwischenmahlzeiten etc.)
- **CHECK:** Evaluation über Screeningquote, Fallzahlen, Gewichtsentwicklung, Feedback von Pflege und Ärzteschaft
- **ACT:** Optimierung der Schulungsinhalte, Anpassung der E-Learnings, Planung der Ausweitung auf weitere Stationen

Involvierte Berufsgruppen

Pflegefachpersonen, ärztlicher Dienst, Ernährungsberatung, Küche, Roomservice, IT, Qualitätsmanagement

Projektevaluation / Konsequenzen

Regelmässige Datenerhebung zur Screeningquote, ergriffenen Massnahmen, Gewichtsentwicklung und Prozessdokumentation. Geplante Verankerung im Austrittsbericht und im KIS. Die Ergebnisse fliessen in die Jahresauswertung und in das Qualitätskonzept ein.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

Mangelernährung ist ein häufig übersehenes Risiko – besonders in der Geriatrie. Ein systematisches Screening und die frühzeitige Einleitung einfacher Interventionen (z. B. Trinknahrung) verbessern nachweislich die Genesungsverläufe. Schulung und interprofessionelle Zusammenarbeit sind zentrale Erfolgsfaktoren.

Stand der Umsetzung von Massnahmen

Das Projekt befindet sich in der Planungsphase. Die Akutgeriatrie wurde vorläufig als Pilotbereich definiert. Screeningprozess (NRS-2002), Ernährungstherapie-Standards sowie die Einbindung der Ernährungsberatung sind konzipiert. Derzeit laufen die Vorbereitungen zur Schulung der beteiligten Berufsgruppen und zur technischen Umsetzung im KIS. Die Einführung auf der Pilotstation sowie die begleitende Evaluation sind geplant. Eine spitalweite Umsetzung erfolgt nach Auswertung der Pilotphase.

18.1.4 QVM: Sturzprävention

Projektart

Qualitätsverbesserungsmassnahme gemäss Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG im Handlungsfeld „Patientensicherheit“

Projektziel

Reduktion von Stürzen und sturzbedingten Komplikationen bei hospitalisierten Patient:innen durch systematische Risikoerfassung, gezielte Prävention und interprofessionelle Zusammenarbeit.

Projektablauf / Methodik

Das Projekt folgt dem PDCA-Zyklus. In der Planungsphase werden Assessment-Instrumente (aPA-AC, Morse Fall Scale, 6-Click-Mobilitätstest) festgelegt und Abläufe definiert.

Geplant sind:

- systematische Risikoeinschätzung innerhalb von 24 h nach Spitaleintritt
- individuelle Risikobeurteilung (intrinsisch, extrinsisch, verhaltens- und umgebungsbezogen)
- angepasste prophylaktische Massnahmen
- Poststurzanalyse und Dokumentation
- Integration relevanter Informationen in die Austrittsplanung
- regelmässige Besprechung relevanter Interventionen (z. B. im Rahmen der ärztlichen Visite)

Involvierte Berufsgruppen

Pflegefachpersonen, ärztlicher Dienst, Physiotherapie, Ergotherapie, Hotellerie, Technischer Dienst, IT, Qualitätsmanagement, Casemanagement

Projektelevaluation / Konsequenzen

Die Evaluation erfolgt anhand von Screeningquoten, dokumentierten Massnahmen, Sturzereignissen und Feedbacks. Sturzprotokolle werden systematisch analysiert, daraus werden konkrete Anpassungen und Schulungsbedarfe abgeleitet.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

Sturzprävention erfordert eine standardisierte und interprofessionelle Vorgehensweise. Besonders wirkungsvoll ist der gezielte Einbezug von Risikofaktoren in die Visitenplanung, verbunden mit strukturierten Assessments und dokumentierten Massnahmen. Die Einbindung des Austrittsmanagements ist zentral für die Patientensicherheit im Übergang.

Stand der Umsetzung von Massnahmen

Das Projekt befindet sich in der Planungsphase. Die Akutgeriatrie ist als Pilotabteilung definiert. Die Auswahl der Assessments ist erfolgt, die Schulung über E-Learnings ist in Vorbereitung.

Informationsmaterialien, Koordinationsprozesse und Dokumentationsformate werden aktuell erarbeitet. Die Implementierung erfolgt nach Abschluss der Vorbereitung und interner Freigabe.

18.1.5 Ausbau Risikomanagementsystem

Projektart

Organisationsentwicklungsprojekt im Rahmen des QMS gemäss Art. 58a KVG; Teil des Führungsprozesses FP0602

Projektziel

Aufbau eines spitalweit strukturierten, transparenten und systematisch integrierten Risikomanagementsystems zur frühzeitigen Identifikation, Bewertung und Steuerung klinischer, betrieblicher und strategischer Risiken. Ziel ist die nachhaltige Erhöhung der Patientensicherheit, Prozessqualität und organisatorischen Resilienz.

Projektablauf / Methodik

Das Projekt folgt dem PDCA-Zyklus und orientiert sich an den Vorgaben aus ISO 9001:2015, dem Qualitätsvertrag (QV) sowie am H+ Leitfaden.

Kernbestandteile:

- Definition und Kategorisierung relevanter Risiken (klinisch, rechtlich, betrieblich, IT etc.)
- Entwicklung standardisierter Analyse- und Bewertungsinstrumente (Risikomatrix, Excel-Tool zur Risikodokumentation)
- Integration der Risikobewertung in bestehende Prozesse (z. B. CIRS, Audits, Beschwerden)
- Aufbau einer Risikodokumentation mit definierter Risikoverantwortung
- Anbindung an Berichtswesen und Managementbewertung

Involvierte Berufsgruppen

Qualitätsmanagement, ärztlicher Dienst, Pflege, Administration, IT, Technik, Hygiene, HR, Arbeitssicherheit, Controlling

Projektevaluation / Konsequenzen

Geplant ist die Wirksamkeitskontrolle über QM-Monatsberichte, Jahresauswertungen und Managementbewertung. Risiken mit hoher Priorität werden in Qualitätsschlaufen überführt, Massnahmen hinterlegt und deren Umsetzung regelmässig überprüft.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

Das Projekt zeigt, dass viele Risikoinformationen im Alltag bereits vorhanden sind (z. B. in CIRS, Beschwerden, Hygieneindikatoren), jedoch systematisch zusammengeführt und strukturiert bewertet werden müssen. Die Einführung eines einfach nutzbaren Tools (z. B. Excel-Risikoübersicht) schafft Transparenz und Entscheidungsgrundlagen.

Stand der Umsetzung von Massnahmen

Das Projekt befindet sich derzeit in der Planungs- und Entwicklungsphase. Das konzeptionelle Rahmenwerk ist erstellt. Ein zentrales Excel-Tool zur strukturierten Risikobewertung befindet sich in der Ausarbeitung. Die Definition von Zuständigkeiten, Risikofeldern und Berichtswegen ist in Arbeit. Erste Pilotanwendungen sind für 2025 geplant.

18.1.6 Ausbau Auditmanagement

Projektart

Qualitätsentwicklungsprojekt gemäss Art. 58a KVG; Teil des Führungsprozesses FP0603 „Kontinuierliche Verbesserung“

Projektziel

Professionalisierung, Vereinheitlichung und systematische Weiterentwicklung des internen Auditmanagements zur besseren Steuerung, Nachverfolgung und Wirksamkeitsbewertung interner Qualitätsmassnahmen und Risiken. Ziel ist ein vollständiger, nachvollziehbarer und PDCA-konformer Auditprozess im gesamten Spitalbetrieb.

Projektablauf / Methodik

Das Projekt folgt dem PDCA-Zyklus und den Vorgaben der Normen ISO 9001:2015 und ISO 19011:

- Einführung einer standardisierten Auditakte als zentrales Werkzeug von der Planung bis zur Wirksamkeitsprüfung
- Strukturierung der Gesprächsführung entlang klar definierter Themenbereiche (z. B. Patientensicherheit, Mitarbeitendenschulung, Prozessumsetzung)
- Systematisches Massnahmen-Tracking, inklusive Fristen, Zuständigkeiten und Risikograd
- Einbindung der Auditergebnisse in den QM-Bericht, die Balanced Scorecard und die Managementbewertung
- Risikobasierte Jahresplanung unter Einbezug von CIRS, Beschwerden, QVM und gesetzlichen Anforderungen

Involvierte Berufsgruppen

Qualitätsmanagement, alle Fachbereiche (Pflege, ärztlicher Dienst, Diagnostik, Verwaltung, IT, Technik), Spitalleitung, Lenkungsausschuss Qualität

Projektelevaluation / Konsequenzen

Die Wirkung der Audits wird über Auditfeedbacks, Massnahmenumsetzungsgrade, Nachaudits und die Balanced Scorecard kontrolliert. Die Erkenntnisse fliessen in die Weiterentwicklung des Auditprozesses, in Schulungen sowie in die Managementbewertung ein.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

Die bisherige Auditpraxis war nicht flächendeckend standardisiert. Durch die neue Auditakte und die gezielte Fokussierung auf relevante Risiken und Prozesslücken wird eine nachhaltige Verbesserung der Nachvollziehbarkeit, Qualität und Wirkung interner Audits erzielt. Das Projekt stärkt die Fehlerkultur und den Dialog über Prozessverantwortung.

Stand der Umsetzung von Massnahmen

Das neue Auditkonzept wurde erstellt, die Auditakte ist eingeführt. Der systematische Rollout im Jahresauditplan 2025 ist vorbereitet. Die Anbindung an das Risikomanagement und die Balanced Scorecard ist in Umsetzung.

18.1.7 Reaktivierung KAIZEN

Projektart

Qualitätsverbesserungsprojekt im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP)

Projektziel

Förderung und Vertiefung der gelebten Qualitätskultur durch Reaktivierung des KAIZEN-Prinzips im Spitalalltag. Mitarbeitende sollen motiviert werden, aktiv zur Prozessverbesserung beizutragen und Verantwortung für Veränderungen im eigenen Arbeitsumfeld zu übernehmen.

Projektablauf / Methodik

- Sichtung und Reinstallation bestehender KAIZEN-Arbeitsmaterialien (z. B. Karten, Pinnwände, Ablaufvisualisierungen)
- Schulung ausgewählter Mitarbeitender in Schlüsselpositionen zur Funktionsweise und zum Ziel von KAIZEN
- Sensibilisierung aller Berufsgruppen durch gezielte Informationskampagnen (z. B. Beekeeper, Teammeetings)
- Integration von KAIZEN-Ideen in bestehende KVP-Strukturen (z. B. Audits, CIRS, LAQ-Beratung)
- Aufbau einer einfachen Rückmeldestruktur zur Ideeneingabe und Dokumentation
-

Involvierte Berufsgruppen

Sämtliche Berufsgruppen: Pflege, ärztlicher Dienst, Therapien, Verwaltung, Technik, Hotellerie, Diagnostik

Projektevaluation / Konsequenzen

Die Wirkung wird anhand der Beteiligung an KAIZEN-Initiativen, Rückmeldungen aus den Teams und beobachteten Prozessverbesserungen bewertet. Langfristig ist eine Integration der KAIZEN-Beiträge in die KVP-Übersicht und in den QM-Bericht geplant.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

Erste Rückmeldungen zeigen, dass das Thema Qualität im Alltag präsenter wird, wenn Mitarbeitende gezielt eingebunden werden. Die Nutzung vorhandener Materialien und ein niedrighschwelliger Zugang zur Mitwirkung erhöhen die Akzeptanz. Die Einbindung von Führungskräften ist ein zentraler Erfolgsfaktor.

Stand der Umsetzung von Massnahmen

Die Reinstallation der Materialien ist gestartet. Informationsmassnahmen und Schulungskonzepte befinden sich in Vorbereitung. Der Rollout erfolgt schrittweise im laufenden Kalenderjahr.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 Einführung Kitteltaschenheft Pflege

Projektart

Qualitätsverbesserungsprojekt zur Förderung der Handlungssicherheit im Pflegealltag

Projektziel

Erhöhung der Patientensicherheit und Förderung der Standardisierung durch ein praxisorientiertes Kitteltaschenheft mit relevanten Informationen für Pflegende in Akutsituationen und im täglichen Ablauf.

Projektablauf / Methodik

- Auswertung thematisch wiederkehrender CIRS-Meldungen (z. B. REA-Alarm, NEWS2, Umrechnungstabellen)
- Definition der Zielgruppe (Pflegepersonal IMC sowie Bettenstationen 2. und 5. Stock)
- Erstellung und Layout eines handlichen Nachschlagewerks im Taschenformat
- Auswahl und Abstimmung der Inhalte (z. B. Telefonnummern, Notfallalgorithmen, VAS-Skala, NEWS2, Umrechnungen)
- Verteilung und Einführung auf den betreffenden Stationen, inkl. Rückmeldemöglichkeit an QM

Involvierte Berufsgruppen

Pflegeschwestern, Qualitätsmanagement, IMC-/Stationsleitungen, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Projektevaluation / Konsequenzen

Rückmeldungen der Pflegenden zeigten eine hohe Akzeptanz und den Wunsch nach Erweiterung des Hefts für weitere Stationen. Das Heft wird aktiv genutzt, insbesondere in Notfallsituationen und als Erinnerungstütze.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

Die Kombination aus CIRS-Analyse, direkter Praxisrelevanz und niederschwelligem Zugang fördert die Akzeptanz von qualitätsbezogenen Materialien. Eine visuelle, kompakte Informationsaufbereitung wird von Mitarbeitenden besonders geschätzt.

Stand der Umsetzung von Massnahmen

Das Kitteltaschenheft wurde erstellt, gedruckt und auf ausgewählten Stationen (2. OG, 5. OG, IMC) verteilt. Weitere Rückmeldungen und eine mögliche Erweiterung sind im Rahmen des KVP-Prozesses vorgesehen.

18.2.2 Einführung Schulungsordner für temporäre Mitarbeitende

Projektart

Qualitätssicherungsprojekt zur Einarbeitung und Patientensicherheit

Projektziel

Verbesserung der Handlungssicherheit und Basisschulung temporär eingesetzter Mitarbeitender, die keinen Zugang zu E-Learning-Plattformen haben oder nicht am Einführungstag teilnehmen können.

Projektablauf / Methodik

- Identifikation bestehender Lücken in der Schulungsstruktur temporärer Mitarbeitender
- Zusammenstellung zentraler Informationen (z. B. REA-Ablauf, CIRS, Hygiene, IT-Zugang)
- Erstellung eines physischen Ordners mit klar gegliederten Themenabschnitten
- Integration einer Lesebestätigungsseite pro Abschnitt (Name, Datum, Visum)
- Platzierung der Ordner auf relevanten Stationen mit Einweisung durch das Team oder die Stationsleitung

Involvierte Berufsgruppen

Pflegefachpersonen, QM, Arbeitssicherheit, Infektionsprävention, IT, Administration, Ernährungsberatung

Projektevaluation / Konsequenzen

Die Rückmeldungen der Stationsleitungen waren positiv. Der Ordner wird als sinnvolle Ergänzung zur Orientierung in den ersten Arbeitstagen wahrgenommen.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

Ein klar strukturierter, greifbarer Schulungsordner schliesst eine wichtige Lücke in der Basiseinführung. Besonders hilfreich ist die Möglichkeit der dokumentierten Lesebestätigung. Der Erfolg hängt stark von der aktiven Begleitung durch das Stammteam ab.

Stand der Umsetzung von Massnahmen

Der Schulungsordner wurde erstellt, freigegeben und in allen betroffenen Bereichen eingeführt. Rückmeldungen fliessen in die Weiterentwicklung ein.

18.2.3 Aufbau und Einführung strukturierter E-Learnings (EasyLearn)

Projektart

Qualitätsentwicklungsprojekt im Bereich Schulung und Patientensicherheit

Projektziel

Strukturierter Ausbau der digitalen Schulungsplattform EasyLearn zur Sicherstellung der Basisschulung aller Berufsgruppen, Förderung der Patientensicherheit und Unterstützung der Führungskräfte bei ihrer Rolle im Qualitätsmanagement.

Projektablauf / Methodik

- Identifikation bestehender Schulungslücken durch Rückmeldungen, Audits und CIRS
- Erstellung zielgruppenspezifischer E-Learnings in Zusammenarbeit mit Fachexpert:innen
- Inhalteentwicklung und technische Umsetzung in EasyLearn
- Thematische Schwerpunkte:
 - CIRS-Grundlagen
 - CIRS für Führungskräfte
 - Reanimationsalarmierung
 - Abrechnung im Notfall
- Verbindliche Zuweisung bestimmter Kurse nach Berufsgruppe oder Funktion
- Integration in Einarbeitungsprozesse und regelmässige Erinnerungen zur Absolvierung

Involvierte Berufsgruppen

Pflege, ärztlicher Dienst, Administration, IT, QM, Notfallpflege, Führungskräfte sämtlicher Bereiche

Projektelevaluation / Konsequenzen

Nutzungsdaten werden regelmässig über das System ausgewertet (Abschlussquoten, Rückläufer). Erste Rückmeldungen zeigen eine hohe Akzeptanz. Die Module werden als klar, praxisnah und hilfreich eingeschätzt.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

Die Digitalisierung von Schulungsinhalten reduziert organisatorischen Aufwand, ermöglicht standardisierte Wissensvermittlung und erleichtert Nachweise gegenüber internen und externen Stellen. Die gezielte Trennung nach Zielgruppen (z. B. Führung vs. Basis) wird als hilfreich wahrgenommen.

Stand der Umsetzung von Massnahmen

Mehrere E-Learnings wurden erfolgreich erstellt, implementiert und in den Schulungsplan aufgenommen. Die Plattform ist etabliert. Weitere Module befinden sich in Planung oder Überarbeitung. Inhalte werden bei Bedarf aktualisiert.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Vorbereitung auf die IVR-Rezertifizierung 2025 (Rettungsdienst)

Projektart

Qualitätssicherungs- und Organisationsentwicklungsprojekt

Projektziel

Strukturierte Vorbereitung auf die IVR-Rezertifizierung des Rettungsdienstes bis 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 (z. B. Schulungsdokumentation, SOPs, Ausrüstungsstandards)
- Kontinuierliche Umsetzung qualitätssichernder Massnahmen im Bereich Einsatzdokumentation, Materialpflege und Ausbildung
- Enge Zusammenarbeit zwischen der Leitung Rettungsdienst und dem internen Qualitätsmanagement

Involvierte Berufsgruppen

Rettungsdienstpersonal, Leitung Rettungsdienst, QM, Technik, ärztliche Ansprechpersonen, Administration

Projektevaluation / Konsequenzen

Die Evaluation erfolgt intern anhand strukturierter Checklisten, Schulungsnachweise und vorbereitender Überprüfungen. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für eine gezielte Nachsteuerung bis zum Re-Zertifizierungszeitpunkt.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

Die systematische Vorbereitung unterstützt die Weiterentwicklung bestehender Standards im Rettungsdienst und stärkt die bereichsspezifische Qualitätskultur. Zugleich werden Schulungsinhalte, Abläufe und Dokumentation einheitlich strukturiert.

Stand der Umsetzung von Massnahmen

Die Projektarbeiten wurden aufgenommen. Erste Massnahmen sind umgesetzt, weitere folgen schrittweise im laufenden Jahr. Die IVR-Rezertifizierung ist für 2025 vorgesehen.

19 Schlusswort und Ausblick

Der hohe Qualitätsanspruch unseres Spitals und der AMEOS Gruppe ist ein klares Leistungsversprechen gegenüber unseren Patientinnen und Patienten sowie zuweisenden Stellen. Qualität verstehen wir nicht als statischen Zustand, sondern als kontinuierlichen Prozess, der Mitarbeitende, Prozesse und Strukturen gleichermaßen einbezieht.

Mit dem nationalen Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG ist ein verbindlicher Rahmen geschaffen worden, der Qualitätsentwicklung systematisch, transparent und vergleichbar macht. Auch das AMEOS Spital Einsiedeln orientiert sich an diesen Vorgaben und hat 2024 wesentliche Grundlagen zur Umsetzung erarbeitet.

Für die kommenden Jahre sehen wir in der konsequenten Anwendung dieses Qualitätsrahmens eine grosse Chance: zur Weiterentwicklung unserer Qualitätskultur, zur Stärkung der Patientensicherheit und zur Erhöhung der Versorgungstransparenz. In engem Austausch mit Partnerinstitutionen, Trägerschaft und Behörden bleiben wir engagiert, um die Gesundheitsversorgung in der Region Einsiedeln nachhaltig sicherzustellen – verlässlich, verankert und weiterentwicklungsfähig.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
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
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikulooplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Zerebrovaskuläre Störungen
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Blut (Hämatologie)
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
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
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie

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



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

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.