Ihre Spitäler
Vos hôpitaux
I vostri ospedali

ERFA Umsetzung QV58a

10. September 2026

mit finanzieller Unterstützung der EQK

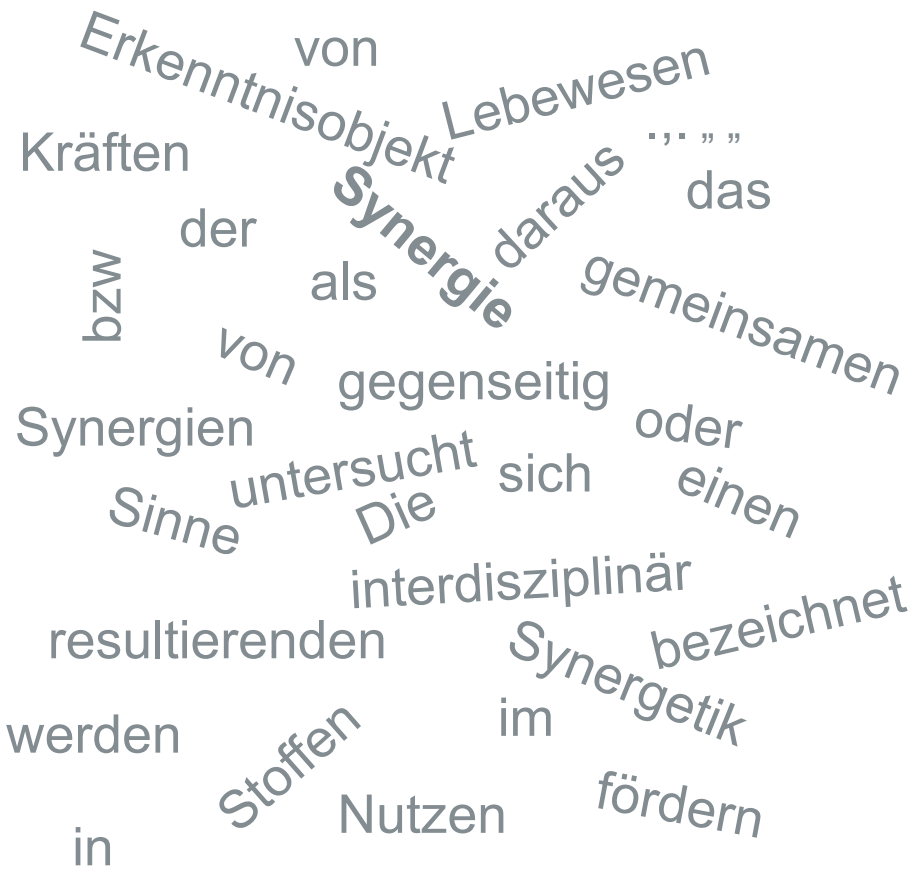
Ihre Spitäler
Vos hôpitaux
I vostri ospedali

Qualitätsvertrag: Synergien und neue Ansätze

Manuela Ocaña

Fachverantwortliche Qualität und Patientensicherheit

H+ Ihre Spitäler



Die **Synergie** bezeichnet das Zusammenwirken von Lebewesen, Stoffen oder Kräften im Sinne von „sich gegenseitig fördern „ bzw. einen daraus resultierenden gemeinsamen Nutzen.

Synergien werden interdisziplinär als Erkenntnisobjekt in der Synergetik untersucht.

Wikipedia

Programm

- Synergien Arbeits- und Patientensicherheit
- Parallelworkshops
  - Akutsomatik: Schwerpunkt Chirurgie
  - Psychiatrie: Übertragung auf ambulantes Setting und Kinder / Jugend
  - Rehabilitation: QVM in der Rehabilitation
- Sturzprävention: Messung, Umsetzung & Überprüfung
- Abschluss & Stehlunch

Ihre Spitäler
Vos hôpitaux
I vostri ospedali

Synergien Arbeits- und Patientensicherheit

Mirela Caçi

Stellvertretende medizinische Direktorin

CHUV



Erfahrungsaustausch über den Qualitätsvertrag (Art. 58 KVG) – Synergien und neue Ansätze
ERFA 10.9.2026

Patientensicherheit – Sicherheit am Arbeitsplatz

M. Caci

CHUV, medizinische Vizedirektorin

Plan

- Überschneidungsbereiche zwischen Patientensicherheit und Sicherheit am Arbeitsplatz
- Integrationsansätze: Wie lassen sie sich koordinieren?

Zwei Sicherheitsbereiche, ein einziges Versorgungssystem

In einem Spital sind die Patientensicherheit und die Sicherheit der Gesundheitsfachpersonen keine voneinander getrennten Belange: Sie beruhen auf denselben Personen, Prozessen und Instrumenten.



Patientensicherheit

- Unerwünschte Ereignisse (UE) vermeiden bzw. reduzieren
- Risiken steuern; bei Eintritt von UE Folgen abmildern
- CH-Rahmen: Qualitätsvertrag (Art. 58 KVG)



Sicherheit am Arbeitsplatz des Gesundheitsfachpersonals

- Arbeitsunfällen vorbeugen bzw. diese reduzieren (Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Belastungen, Burn-out usw.)
- Risiken steuern: Gewalt, Unfälle mit Exposition (EBF) usw.
- CH-Rahmen: Arbeitsgesetz (ArG), Unfallversicherungsgesetz (UVG) und Verordnungen

ZWEI RISIKOREFERENZRAHMEN

Patientensicherheit: klinisches Risikomanagement

UE-Risiken identifizieren, analysieren und reduzieren – im Sinne eines systemischen Ansatzes und der *Just Culture*



Erkennung

Critical Incident Reporting System (CIRS), Audits, Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen usw.



Prävention

Chirurgische Checklisten, Identifizierungsverfahren (Look-alike, sound-alike [LASA], Identitovigilanz usw.), Medikationspläne usw.



Lernen

Error & Risk Analysis (ERA), erfahrungsbasierte Auswertung, Verbesserungsmassnahmen, Indikatoren usw.

ZWEI RISIKOREFERENZRAHMEN

Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz des Gesundheitsfachpersonals

Das Gesundheitsfachpersonal vor den physischen und psychosozialen Berufsrisiken schützen.



Physische Risiken

Muskel-Skelett-Erkrankungen, EBF, Gewalt usw.



Risiken im Zusammenhang mit der Arbeitsorganisation

Unregelmässige Arbeitszeiten, chronischer Personalmangel, Überlastung usw.

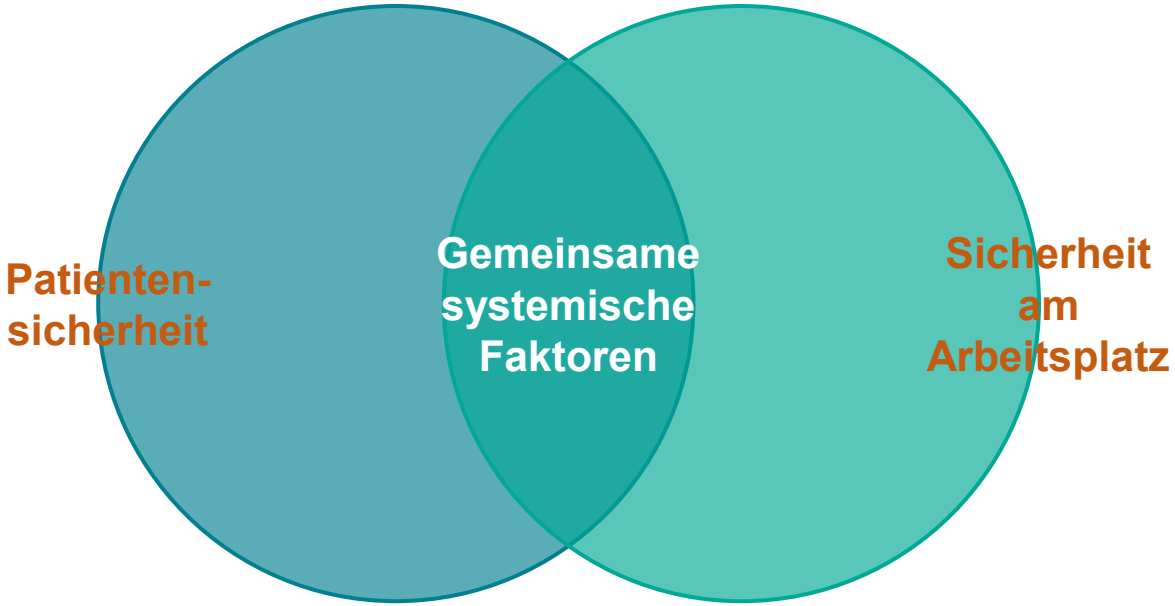


Psychosoziale Risiken

Burn-out, Stress, Gewalt usw.

Diese beiden Arten der Sicherheit überschneiden sich

Ein und dasselbe Ereignis kann gleichzeitig dem Patienten und dem Gesundheitsfachpersonal schaden: z. B. erhöht eine chronische Überlastung (Personalmangel, erhöhter Patientendurchlauf) sowohl das Risiko klinischer Fehler als auch die Erschöpfung des Personals.



Kultur, Organisation, Aus-/Weiterbildung und Governance: Die Risiken sind beiden Arten von Sicherheit gemeinsam.

Überschneidungsbereich 1: Unterstützung für Gesundheitsfachpersonen (*Second Victims)*



https://patientensicherheit.ch/wp-content/uploads/2023/03/3_SR_3_Taeter_als_Opfer_D_160725.pdf

Second Victim: Spektrum emotionaler Reaktionen

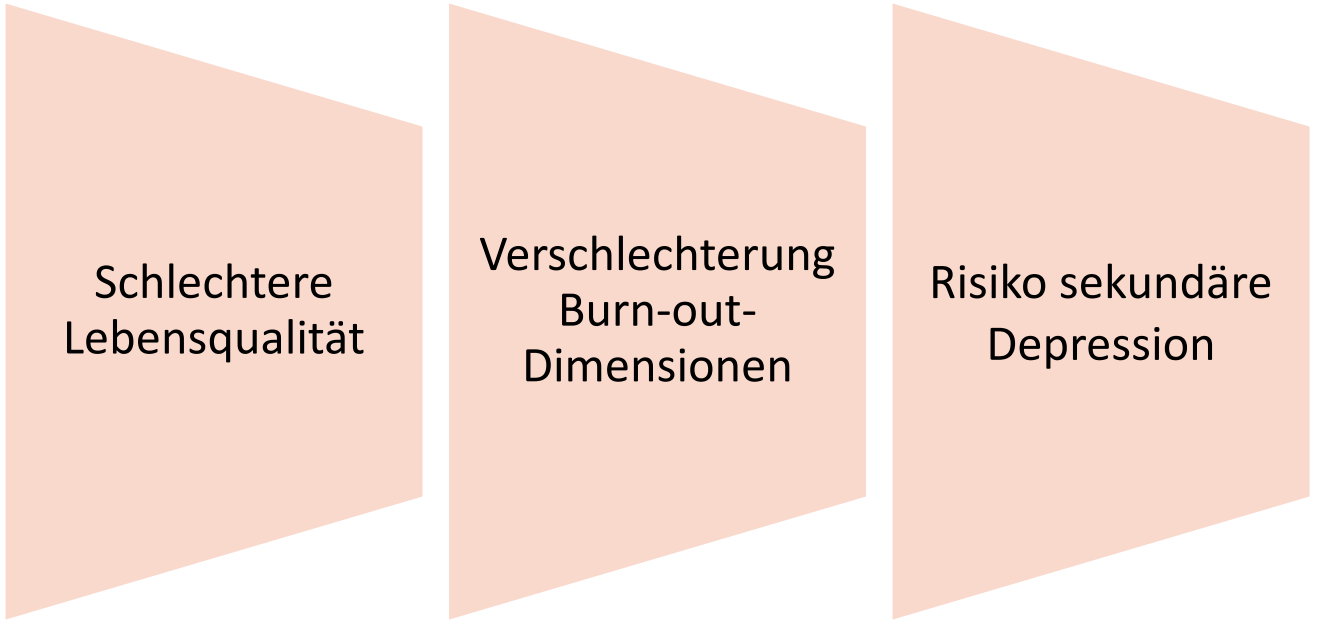


- **Schuld – Reue:** als persönliches Versagen empfunden
- **Frustration – Wut:** gegenüber sich selbst, Patienten, Kollegen
- **Isolation – Einsamkeit:** der erste zu sein, dem dieser Fehler unterläuft; alleine sein mit der Verarbeitung
- **Selbstzweifel – Unzulänglichkeit – Mittelmässigkeit:** Zweifel an der beruflichen Eignung

Engel et al., Acad Med 2006, 81(1):86-93
Wu et al., Qual Saf Health Care 2003, 12(3):221-6

Second Victim: Zusammenhang zwischen Fehlern und eigenem Gleichgewicht

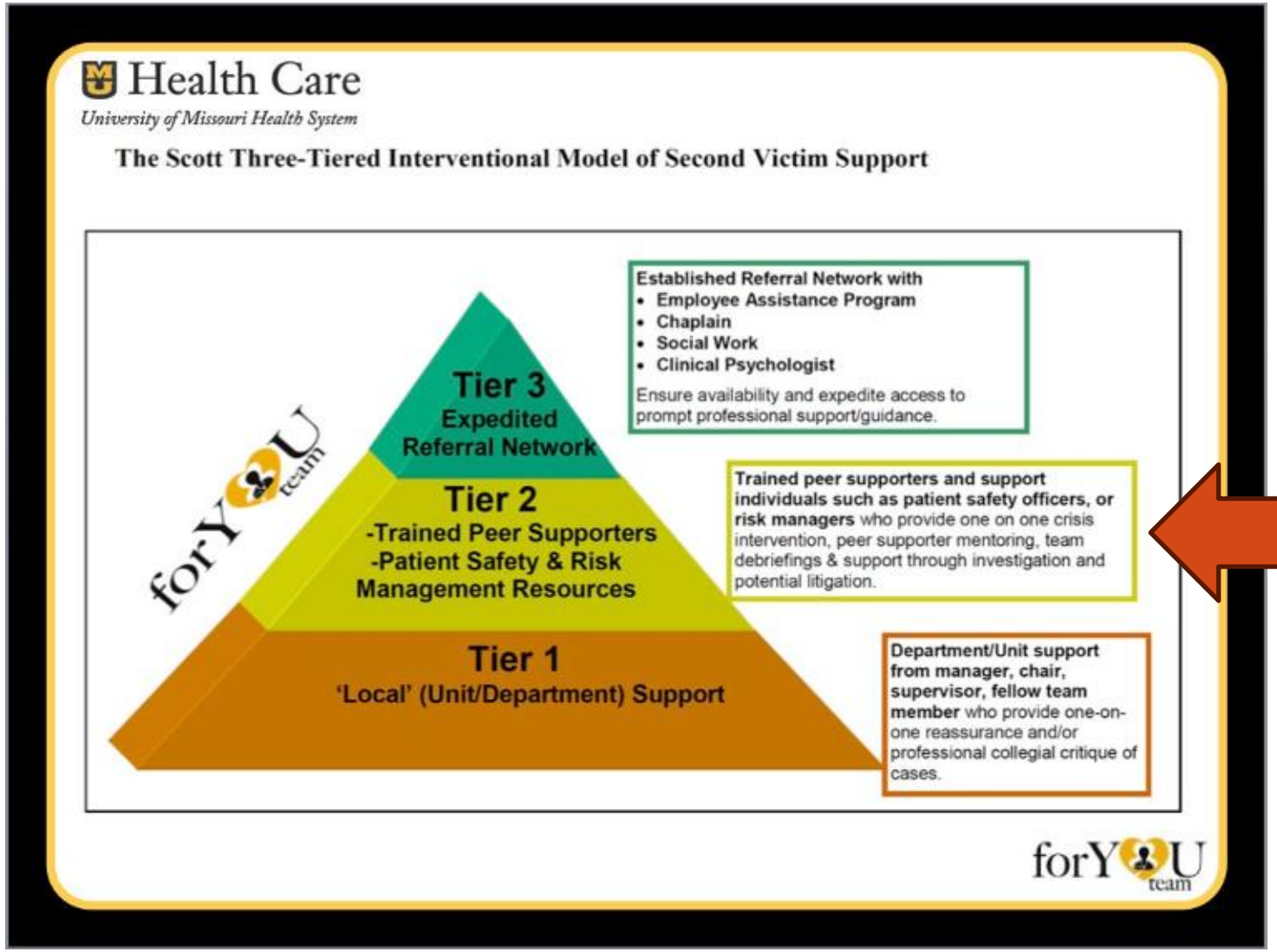
- Prospektive Kohortenstudie
  Mayo Clinic 2003–2006
- 184 (84%) von 219 Assistenzärzten
- Mindestens 1 schwerer medizinischer Fehler: 34,0%
- In den letzten 3 Monaten
  Durchschnitt: 14,7%



Erhöhtes Risiko für weiteren Fehler innerhalb von drei Monaten

West CP et al, JAMA 2006;296:1071–1078

Konzept zur institutionellen Unterstützung



Ausgebildete Peers, ausgebildete Fachkräfte: z. B. Safety Officers

Susan D. Scott, Laura E. Hirschinger, Karen R. Cox, Myra McCoig, Kristin Hahn-Cover, Kerri M. Epperly, Eileen C. Phillips, Leslie W. Hall,
Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team,
The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety,
Volume 36, Issue 5, 2010, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725010360387

Schweiz: Systeme für die Unterstützung von *Second Victims*



Established in 1971

Swiss Medical Weekly

Formerly: Schweizerische Medizinische Wochenschrift

An open access, online journal • www.smw.ch

Original article | Published 19 June 2020 | doi:10.4414/smw.2020.20278

Cite this as: Swiss Med Wkly. 2020;150:w20278

Supporting health professionals after an adverse event in Swiss hospitals: a cross-sectional study

Reiser Cretier Franziska[a], Schwappach David[b], Schwendimann René[c]

[a] MSN, Institute of Nursing Science, Department Public Health, University of Basel Switzerland
[b] Swiss Patient Safety Foundation, Zurich, Switzerland and Institute of Social and Preventive Medicine (ISPM), University of Bern, Switzerland
[c] Patient Safety Office, University Hospital Basel, Switzerland and Institute of Nursing Science, Department Public Health, University of Basel, Switzerland

- 116 teilnehmende CH-Spitäler
- Umfrage: Fragebogen mit 13 Fragen
- Beantwortet durch Qualitätsverantwortliche

Table 3: Hospitals support for health professionals after an adverse event (n=116).

	No % (n)	Yes % (n)	Planned % (n)	Don't know % (n)
Health professionals are informed about support offers by the institution	26.7 (31)	60.3 (70)	7.8 (9)	5.2 (6)
Health professionals involved in an adverse event are asked to inform superiors	8.6 (10)	82.8 (96)	1.7 (2)	6.9 (8)
Notation in personal file of involved health professional	66.4 (77)	12.9 (15)	0 (0)	20.7 (24)
Superiors are trained for support of second victims	50.0 (58)	31.0 (36)	8.6 (10)	10.3 (12)
Superiors are asked to approach health professionals after an adverse event	16.4 (19)	73.3 (85)	2.6 (3)	7.8 (9)
A standard or guideline for second victim support exists	50.0 (58)	31.9 (37)	11.2 (13)	6.9 (8)

Descriptive statistics (frequencies and percentages) applied.

Dispositive existieren, sind aber nicht strukturiert

Swiss Med Wkly. 2020;150:w209278

Wichtigste Erkenntnisse

→ **Unterstützungsangebot** für *Second Victims* **strukturieren**

→ **Langfristige Betreuung** von *Second Victims* in einen definierten Prozess **einbinden**: ausgebildete Peers, Arbeitsmedizin, Liaisonpsychiatrie, Juristen usw.

Just Culture

Der Umgang mit klinischen Fehlern und beruflichen Vorfällen basiert auf demselben Prinzip: Es geht darum, die systemischen Ursachen zu analysieren, anstatt nach Schuldigen zu suchen.

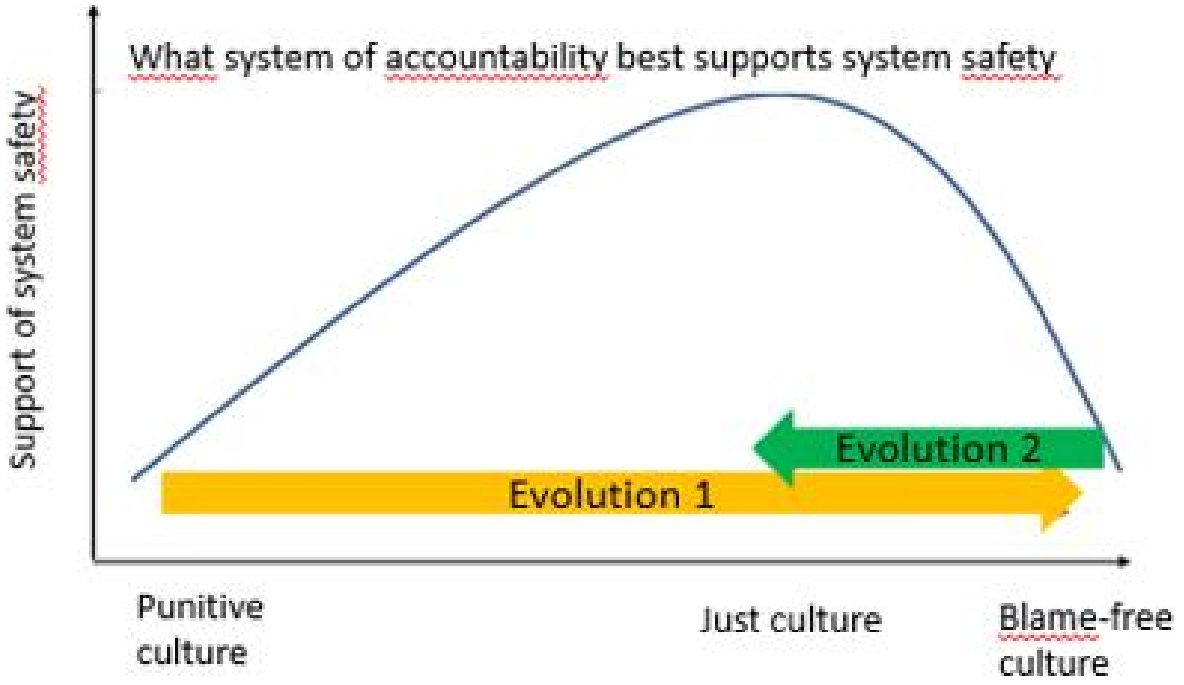
Just Culture

Zwischen menschlichem Versagen, riskantem Verhalten und vorsätzlichen Verstössen unterscheiden, um angemessen reagieren zu können.

Vertrauen und Transparenz

Die Mitarbeitenden melden einen Vorfall nur dann, wenn sie keine Sanktionen zu befürchten haben. Feedback und Korrekturmassnahmen motivieren zur Meldung von Problemen. Werden keine Lehren gezogen, ist dies demotivierend und Probleme verfestigen sich.

Just Culture: Weiterentwicklung des Konzepts bei Einführung des CIRS
Erfahrung des CHUV



Adapted from:
D. Marx, Outcome Engineering, LLC. Patient safety and the Just Culture

Just Culture: Verhaltensmechanismen

Menschliches Versagen

- Ein unvermeidbares, unvorhersehbares und ungewolltes Versagen in der Art und Weise, wie man wahrnimmt, denkt oder sich verhält
- Es ist keine bewusste Entscheidung für ein Verhalten – we do NOT choose to make errors
- Aber wir alle machen Fehler

Unter-stützung

Risikoverhalten

- Entscheidung für ein Verhalten:
- Die Person nimmt das damit einhergehende Risiko nicht wahr oder
- glaubt fälschlicherweise, dass das Risiko unbedeutend oder gerechtfertigt ist
- Abweichung vom sich. Verh.: Lösung für syst. Probl.
- Gefördert: Effizienz, umsichtiges Verhalten wird kritisiert (Upside-Down-Effekt)
- Mit der Zeit akzeptiert
- **+** Erfahrung, **-** anerkennt man das Risikoverhalten

Coaching

Leichtsinniges Verhalten *(reckless)*

- Bewusste Entscheidung, ein Risiko als nicht erheblich und als ungerechtfertigt anzusehen
- Risiko und seine Bedeutung bekannt
- Vorsätzliches Verhalten (glaubt nicht fälschlicherweise, dass das Risiko unerheblich ist)
- weiss, dass dies nicht den Regeln entspricht;
- Muss davon ausgehen, dass ihr Handeln oder Unterlassen ein erhebliches und nicht zu rechtfertigendes Risiko mit sich bringt bzw. mit sich bringen könnte

Vorsätzliche Handlung*

- Bewusste Entscheidung, gegen Regeln zu verstossen
- Will das Ergebnis erreichen: Schaden / Verstoss
- Böswilligkeit

** Definition der Autorin*

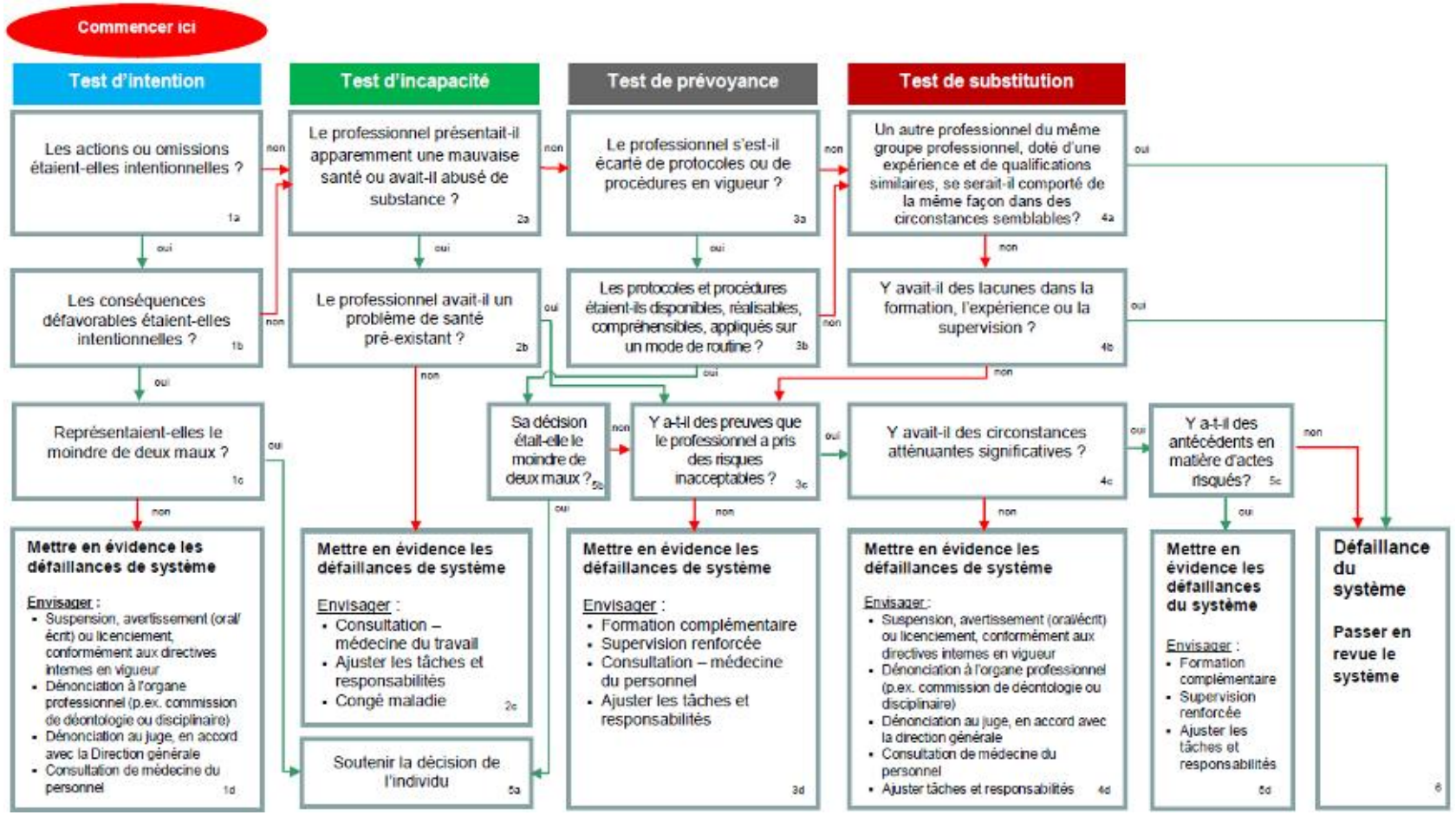
Sanktion

Quelle: Institute for safe medication practices. (2010). The Differences Between Human Error, At-Risk Behavior, and Reckless Behavior Are Key to a Just Culture.

Wie?

Entscheidungsbaum für die systemische Analyse der Verantwortlichkeiten im Falle eines Vorfalls

Folgen Sie dem Entscheidungsbaum für jede betroffene Person



Traduit et adapté de :

Hôpital neuchâtelois

Incident Decision Tree – The NHS Confederation – National Patient Safety Agency – 2005 (source principale)

Reason, J., A decision tree for determining the culpability of unsafe acts, 1997, p 209

Marx D, Outcome Engineering. The Just Culture Algorithm Version 2.0. Plano, TX 2005.

Sicherheitskultur und rechtliche Haftung: komplexe Realität

- Das Medizinhaftungsrecht setzt den Grundsätzen der *Just Culture* Grenzen.
- In einem Haftungsverfahren sind sowohl die **Folgen des Vorfalls (Schaden bzw. Beeinträchtigung) als auch das menschliche Verhalten** von Bedeutung.
- Im Falle eines Gerichtsverfahrens wegen eines Behandlungsfehlers können die persönlichen Folgen für die Gesundheitsfachpersonen (*Second Victims*) verheerend sein.
- Das Risiko rechtlicher Schritte / Sanktionen wirkt sich auf die Meldung von Vorfällen, die Benachrichtigung der Betroffenen über Fehler und die psychische Gesundheit der beteiligten Gesundheitsfachpersonen aus.

Medizinische Haftung und *Just Culture*

	Haftpflicht	Strafrechtliche Verantwortung	Disziplinarische Verantwortung
Was	Schadenersatz $$	Strafbare Handlung	Disziplinarmassnahme aufgrund eines Verstosses gegen berufliche Pflichten
Wer Verfahren	Haftpflichtversicherung /-fonds Zivilverfahren	Eigenverantwortung Strafverfahren	Eigenverantwortung Anstellungsbehörde +/- Aufsichtsbehörde
Voraus-setzungen	**Schadenersatz** + **Unerlaubte Handlung** (Fehlverhalten) + Kausalzusammenhang	**Schaden**/Beeinträch-tigung + **Fehlverhalten** (vorsätzlich oder fahrlässig) + Kausalzusammenhang	Vorsätzliche Handlung, grobe Fahrlässigkeit nach anwendbarem Recht (z. B. LPersVD) Geltungsbereich der *Just Culture*: Entscheidungsbaum zur systemischen Analyse der Verantwortlichkeiten nach einem Vorfall

Folge und **Verhalten** sind relevant

Wichtigste Erkenntnisse

→ Bei einem zivil- und/oder strafrechtlichen Verfahren: **rechtliche Unterstützung*** anbieten

→ Ausserhalb eines Gerichtsverfahrens: den Entscheidungsbaum anwenden, sobald sich die Frage einer allfälligen disziplinarischen Verantwortung stellt

→ *Just-Culture*-Standpunkt gegenüber den Aufsichtsbehörden vertreten

*Vorbehaltlich vorsätzlicher Handlungen oder grober Fahrlässigkeit

Melde- und Lernsysteme

CIRS (UE in der Gesundheitsversorgung) und Meldung beruflicher Vorfälle/Unfälle

Klare, bekannte und leicht zugängliche Meldewege für Fehler in der Gesundheitsversorgung und für Berufsunfälle

Garantierte Vertraulichkeit

Vertraulichkeit der Meldesysteme gewährleistet, Regeln und Prozesse transparent

Bei Bedarf übergreifende Analyse

Manchmal ergeben sich aus der Analyse dieselben Grundursachen und ähnliche Verbesserungsmassnahmen: Organisation der Versorgung, Material, Infrastruktur, Schulung usw.
z. B. Gewalt eines Patienten gegenüber dem Gesundheitsfachpersonal, Vorfall mit einem medizinischen Gerät

Analyse und Massnahmen: Fast-Track-Verfahren am CHUV



1. Aussortierung schwerer Vorfälle → Fast-Track-Analyse

- ✓ Fach- und berufsgruppenübe-rgreifend
- ✓ Haftungsrisiko
- ✓ Reputationsrisiko
- ✓ Häufigkeit

2. Validierung DIM und DSO

3. Antrag auf Feststellung Abteilungsleiter

- ✓ Frist 15 Tg.
- ✓ Unterstützung für Analyse anbieten

4. Entgegennahme Untersuchung +/- Massnahmen

- ✓ Zusammenfass.
- ✓ Abschluss, Monitoring
- ✓ oder 5

5. Fast-Track-Sitzung DIM/DSO und Abteilungsleiter

- ✓ Konsens über Massnahmen, Frist
- ✓ Risikominderung

6. Monitoring Umsetzung und kurz-/mittelfristige Auswirkungen

Patientensicherheit durch Engagement und Leadership

- Leadership bei der Risikominderung nach schwerwiegenden Vorfällen
- Direktion weiss, wie mit dem Vorfall umgegangen wurde

- Kurzfristige Strategie festlegen, auch für Risiken
- Falls erforderlich, den Betrieb unter eingeschränkten Bedingungen freigeben: kleineres Übel wählen
- Bei der Mitteilung des Vorfalls an Patienten/Angehörige unterstützend zur Seite stehen
- Unterstützung der *Second Victims* sicherstellen

- Rollen und Zuständigkeiten an den Schnittstellen (zwischen Fachbereichen und Berufsgruppen) klar definieren

- Umsetzung: Zielvorgaben für die Anforderungen definieren: Protokolle, Indikatoren, Ausstattung, Ressourcen
- Monitoring der Auswirkungen, Berücksichtigung «unvorhergesehener Ereignisse»

Massnahmen: Konzept für kurz- und mittelfristige Risikominderung für Patienten und Teams, Akzeptanz des Restrisikos und Antizipation möglicher Folgen

Wichtigste Erkenntnisse

→ Wirksame und nachhaltige Verbesserungsmassnahmen zielen sowohl auf die Patientensicherheit als auch auf die Organisation und die Arbeitsbedingungen des Teams ab.

→ Bis zur Umsetzung der Korrekturmassnahmen und darüber hinaus: **Restrisiken identifizieren und die Risikoakzeptanz** im Hinblick auf die Patientensicherheit und die Sicherheit der Gesundheitsfachpersonen validieren.

Integration der Einheiten Vigilanz sowie Qualität und Sicherheit



Stabsstelle Risikomanagement

Kommissionen mit Fokus auf klinische Risiken

Kommissionen mit Fokus auf Personen- und Infrastrukturrisiken

Medizinprodukte vigilanz

Pharmakovigilanz

Hämovigilanz

INCA

Gesundheit & Sicherheit am Arbeitsplatz (MSST)

Biosafety

Strahlenschutz

Hygiene, Prävention und Infektionskontrolle

Recht

Informations-sicherheit

Infrastruktur und Sicherheit

Datenschutz

Umgang mit Gewalt

Gemeinsames Management der Risiken für Patienten und Gesundheits-fachpersonen

Sonstige Risiken
(Koordinatoren für Qualität und Sicherheit der Abteilungen)

Klinische und administrative Dienste

Risiko-Matrix: Risikostufe

Wahrscheinlichkeit	Grad	Beschreibung
Häufig	4	Mehr als 1x/Woche
Gelegentlich	3	Mehr als 1x/Monat
Selten	2	Mehr als 1x/Jahr
Sehr selten	1	Weniger als 1x/Jahr

Folge/ Auswirkung	gering	bedeutend	schwerwiegend	sehr schwerwiegend
Bezeichnung	1	2	3	4
Leistungen I: *Zielgruppe: «Patienten»* Qualität & Sicherheit Organisation der Betreuung; Patientendaten	Minimaler, kurzzeitiger Schaden; keine oder nur geringfügige Intervention erforderlich Anz. Pers.: Wenige Betroffene, eine Abteilung	Unterbrechung oder Beeinträchtigung der Effizienz, Wirksamkeit und Qualität des Dienstes über einige Tage oder Wochen, sofern es sich nicht um einen lebenswichtigen Dienst handelt (andernfalls siehe 4) Anz. Pers. Mehrere Betroffene und/oder mehrere Dienste	Sehr starke Beeinträchtigung oder Unterbrechung der Effizienz, Wirksamkeit und Qualität des Dienstes über einen mittl. Zeitraum (mehrere Wochen oder einige Monate), sofern es sich nicht um einen lebenswichtigen Dienst handelt (siehe 4). Anz. Pers. Zahlreiche Betroffene, und/oder zahlreiche Abteilungen	Vollständige Unterbrechung eines *lebenswichtigen* Dienstes über einen kritischen Schwellenwert hinaus, mit schwerwiegenden Folgen (einige Std. oder Tg.); lang andauernde (mehrere Mt. oder J.) oder dauerhafte Unterbrechung bzw. erhebliche Beeinträchtigung der Effizienz, Wirksamkeit und Qualität von mehr als einem wichtigen, aber *nicht lebenswichtigen* Dienst Anz. Pers.: Viele Betroffene, deren Gesundheit, Sicherheit und Versorgungssicherheit vom beeinträchtigten Dienst abhängen, und/oder mehrere betroffene Abteilungen
Leistungen II: *Zielgruppe «klin. und bereichsüberg. Dienste» (Dritte)* Aufrechterhaltung des Betriebs; Drittleistungen; Personalressour-cen für Betrieb	Vorübergehende Störung, leichte Verzögerung ohne Folgen; RH: Geringfügige Auswirkungen auf die Stimmung eines oder weniger Mitarbeitenden, z. B. aufgrund einer kurzfristig erhöhten Arbeitsbelastung. Fehlzeiten aufgrund von Führungs- und Managemententscheidungen: <5%	Unterbrechung bzw. Beeinträchtigung einer als wichtig, aber nicht lebenswichtig eingestuften Leistung für mehr als einen Dienst und/oder externen Partner. RH: Deutliche Beeinträchtigung der Stimmung oder des Engagements der Mitarbeitenden, z. B. aufgrund einer langfristigen Zunahme der Arbeitsbelastung oder als unangemessen empfundenen Arbeitsbedingungen. Fehlzeiten aufgrund von Führungs- und Managemententscheidungen: 5–10%	Unterbrechung bzw. Beeinträchtigung mehrerer als wichtig, aber nicht lebenswichtig eingestuften Leistungen für mehr als einen Dienst und/oder externen Partner. RH: Stimmung oder Engagement zahlreicher Mitarbeitenden sind aufgrund einer anhaltenden oder zeitlich unbestimmten Zunahme der Arbeitsbelastung oder als schwierig empfundenen Arbeitsbedingungen beeinträchtigt oder stark beeinträchtigt. Fehlzeiten aufgrund von Führungs- und Managemententscheidungen: >10%	Lang andauernde (mehrere Monate oder Jahre) oder dauerhafte Unterbrechung bzw. sehr starke Beeinträchtigung der Effizienz, Wirksamkeit und Qualität nicht lebenswichtiger Leistungen für mehr als einen Dienst und/oder externen Partner. RH: Mehrfache oder häufige Fälle von Burn-out oder Mobbing, hohe Personalfluktuation und erschwerte Rekrutierung, z. B. aufgrund unzureichenden Managements, systematisch überhöhter Arbeitsanforderungen oder besonders schwieriger Arbeitsbedingungen.
Finanziell	Leichte Verzögerung bei Rechnungsstellung oder Rückerstattung; einmalige geringfügige finanzielle Sanktion (< CHF 10'000.–/Jahr) oder wiederkehrende Sanktionen (< CHF 50'000.–/Jahr).	Erhebliche Verzögerung oder erheblicher Verlust: 50'000–100'000/Jahr	Schwerwiegende Verzögerung oder schwerwiegender Verlust: 100'000–1 Mio./Jahr	Sehr schwerwiegende Verzögerung oder sehr schwerwiegender Verlust: > Mio./Jahr
Rechtlich/regula-torisch	Auslegung oder Anwendung einer Richtlinie mit möglicher Nichteinhaltung, ohne nachgewiesenen Verstoss gegen geltendes Recht oder verbindliche Vorschriften. (Verträge)	Teilweise Nichteinhaltung einer geltenden Richtlinie oder eines anwendbaren Standards, ohne Verstoss gegen geltendes Recht oder verbindliche Vorschriften.: behebbarer Schaden, z. B. eine Beanstandung mit Frist zur Herstellung der Konformität.	Explizite Ablehnung oder erhebliche bzw. vollständige Abweichung von einer geltenden Richtlinie oder einem anwendbaren Standard, die zu einem Verstoss gegen geltendes Recht oder verbindliche Vorschriften führt. Sanktionsbewehrt	N.B. Stufe 3 «Schwerwiegend» ist sanktionsbewehrt, da ein Verstoss gegen geltendes Recht vorliegt.
Reputations-schaden	*Ext. Reputation (Ext.):* Geringfügige negative Auswirkungen auf die Reputation ohne wesentliche Folgen *Intern (Int.):* Begrenzter Vertrauensverlust in einem oder wenigen Diensten bzw. Fachbereichen (bei einzelnen oder wenigen Mitarbeitenden)	*Ext.:* Negative Auswirkungen auf die Reputation des Dienstes mit Diskussionen ausserhalb der Generaldirektion. *Int.:* Demotivation bzw. Vertrauensverlust bei zahlreichen Mitarbeitenden und Diensten des CHUV	*Ext.:* Störung, die sehr negative Auswirkungen auf die Reputation der Generaldirektion, der Direktionen, des CDS usw. haben kann. *Int.:* Starke Demotivation und fehlendes Engagement, begleitet von einer negativen Wahrnehmung der Hierarchie und/oder der Behörden.	*Ext.:* Störu[illegible] die einen Skandal, einen erheblichen [illegible]ageschaden und einen Verlust der [illegible]bwürdigkeit der gesamten In[illegible]tion auslösen kann. *Int.:* Massive D[illegible]ivation und Vertrauensverlu[illegible] sich in vollständigem Rück[illegible] fehlender Anerkennung und/o[illegible]r stark negativen bis hin zu feind[illegible] Haltung gegenüber der Hierar[illegible] den Behörden äussern.
Externe Auswirkungen (Behörden und Partner)	Geringfügige, kurzfristige Verschlechterung der Beziehungen; geringfügige Auswirkungen auf die Beziehungen zu externen Partnern.	Deutliche, aber vorübergehende Verschlechterung der Beziehungen; Meinungsverschiedenheit mit einem externen Partner, ohne langfristige Beeinträchtigung der Beziehungen (externe Ärzte, Versicherer usw.).	Erhebliche Beeinträchtigung der Beziehungen zu einem wichtigen externen Partner (DSAS, OMC, Staatsanwalt, FMH usw.) Gén. FMH,...)	Schwere Spannungen oder Abbruch der Beziehungen zu einem externen Partner von zentraler Bedeutung (z. B. Aufsichtsbehörde)

Wahrscheinlichkeit X Folge

		Niveau du risque		
Probabilité / Fréquence	Fréquent 4	Significatif	Grave	Très grave	Très grave
	Occasionnel 3	Significatif	Grave	Très grave	Très grave
	Rare 2	Mineure	Significatif	Grave	Très grave
	Très rare 1	Mineure	Mineure	Significatif	Très grave
		Mineure 1	Significative 2	Grave 3	Très grave 4
		Conséquence / Impact			

Für alle Einheiten: Evaluation anhand einer einheitlichen Risikomatrix
Übersicht über die Risikostufen und die Restrisiken

EMP3: Espace médiation Patients, Proches, Professionnels

https://www.chuv.ch/fr/pratique/tous-les-soutiens/offre-de-soutien/web_ofr_88/espace-de-mediation-entre-patients-proches-et-professionnels

Anliegen

Anlaufstelle und Zuhören, Wiederherstellung des Dialogs, Konfliktmediation sowie Vermittlung und Unterstützung bei Verbesserungsmassnahmen

Personalbindung

Ein Arbeitsumfeld, das transparente Räume für Vertrauen und Austausch schafft, in denen die Erfahrungen der Gesundheitsfachpersonen aufgenommen werden können, trägt zu deren Wohlbefinden bei.

Vertrauen

Eine neutrale Haltung und spezialisierte Instrumente stärken das Vertrauen in den Prozess – sowohl bei den Patientinnen und Patienten als auch bei den Gesundheitsfachpersonen.

Strukturierte Erfassung für eine einfachere Steuerung

Eine strukturierte Klassifikation und gemeinsame Indikatoren erleichtern das Reporting und die Datenanalyse und schaffen die Grundlage für bereichsübergreifende Verbesserungsmassnahmen.

B. Schaad, M. Caci: Improving Medicine Using Grievances Collected at a Mediation Center
NEJM Catal Innov Care Deliv 2025;6(5) DOI: 10.1056/CAT.24.0238

B. Schaad: (In)hospitalités hospitalières: Conflit, médiation, réconciliation, RMS editions, 2023

Zwei Beispiele für Integration

Beispiel 1

Gewalt in der Gesundheitsversorgung

Ein und derselbe Aggressionsvorfall kann den aufgebrachten Patienten, andere Patienten sowie die betreuende Pflegefachperson gefährden.



Gewalt gegenüber dem Personal

- ✓ Überwachtes Risiko, in die Governance integriertes Gewaltschutzkonzept:
  - Institutionelle Richtlinie zur Gewaltprävention und zum Gewaltmanagement
  - Unterstützungs- und Sofortinterventionsdispositiv: Sicherheit, Direction médicale, Direction des soins, Rechtsabteilung, Psychiatrie
  - *Commission Violence* Teil des *Bureau de gestion des risques*: Monitoring, Reporting, Schnittstellen
- ✓ Beispiele für Massnahmen: formelles Klärungs- bzw. Korrekturgespräch, Gewaltalarm, Mediation, Strafanzeige, Unterstützung des Gesundheitsfachpersonals



Reaktion: Null-Toleranz-Kultur, systematische Meldung (CIRS), Schulung zur Deeskalation, Anlaufstelle für Mitarbeitende

Beispiel 2

Vorfall in der Gesundheitsversorgung

Arbeitsorganisation, Personalmangel und hohe Arbeitsbelastung können sowohl das Risiko klinischer Fehler als auch das Risiko der Erschöpfung von Gesundheitsfachpersonen erhöhen.

1. CIRS-Analyse

- Erhöhter Patientendurchlauf
- Risikobehaftete Verfahren
- Personen in Ausbildung / Weiterbildung usw.

2. Risikoanalyse

- Personalmangel bei «Expertinnen und Experten»
- Zunehmende Komplexität
- Zunehmendes Arbeitsaufkommen

3. Massnahmen

3.1 Sofort und kurzfristig

- Überprüfung des Plans zur Aufrechterhaltung des Betriebs (Kritikalitätsstufe usw.)
- Vorübergehender Betrieb unter eingeschränkten Bedingungen
- Verlagerung von Aktivitäten und Personal
- Wertschätzung von Rollen und Kompetenzen
- …

3.2 Mittelfristig

- Arbeitsorganisation
- Einstellungen
- Aus-/Weiterbildung
- …

3.3 Validierung des Restrisikos und Antizipation der Folgen

- Finanzielles Risiko
- Reputationsrisiko
- …

…

Roadmap für ein integriertes Risikomanagement

1. **Identifizierung der Risiken**

   Klinische und berufliche Risiken innerhalb eines gemeinsamen Versorgungsprozesses gemeinsam erfassen – mit einheitlicher Methode und Kritikalitätsskala.

2. **Eine einzige Governance**

   Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Sicherheit am Arbeitsplatz in einer gemeinsamen Risikosteuerung zusammenführen.

3. **RetEX und bereichsübergreifende Schulungen**

   Prozesse zur Rückmeldung und Aufarbeitung von Erfahrungen (RetEx) (Anliegen, Erhebungen zur Sicherheitskultur, Befragungen zum Arbeitsklima usw.) sowie Schulungen zur Patienten- und Mitarbeitersicherheit **in gemeinsame Programme und/oder Strukturen des Risikomanagements** integrieren und Massnahmen mit Mehrwert für beide Bereiche priorisieren.

4. **Gemeinsames Monitoring und Reporting**

   Ergebnisse und Massnahmen gemeinsam begleiten, verfolgen und würdigen – im Rahmen einer integrierten Governance mit den Leitungen der Dienste, Abteilungen und der Direktion.

KERNBOTSCHAFTEN

Eine Sicherheit, zwei Gesichter

- Patientensicherheit und Sicherheit am Arbeitsplatz sind eng miteinander verknüpft
- *Just Culture*, Melde- und Analysesysteme sowie Schulungen sind gemeinsame Ansatzpunkte für beide Bereiche.
- Eine integrierte Governance für Risiko, Qualität und Sicherheit stärkt den Schutz von Patienten und Gesundheitsfachpersonen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

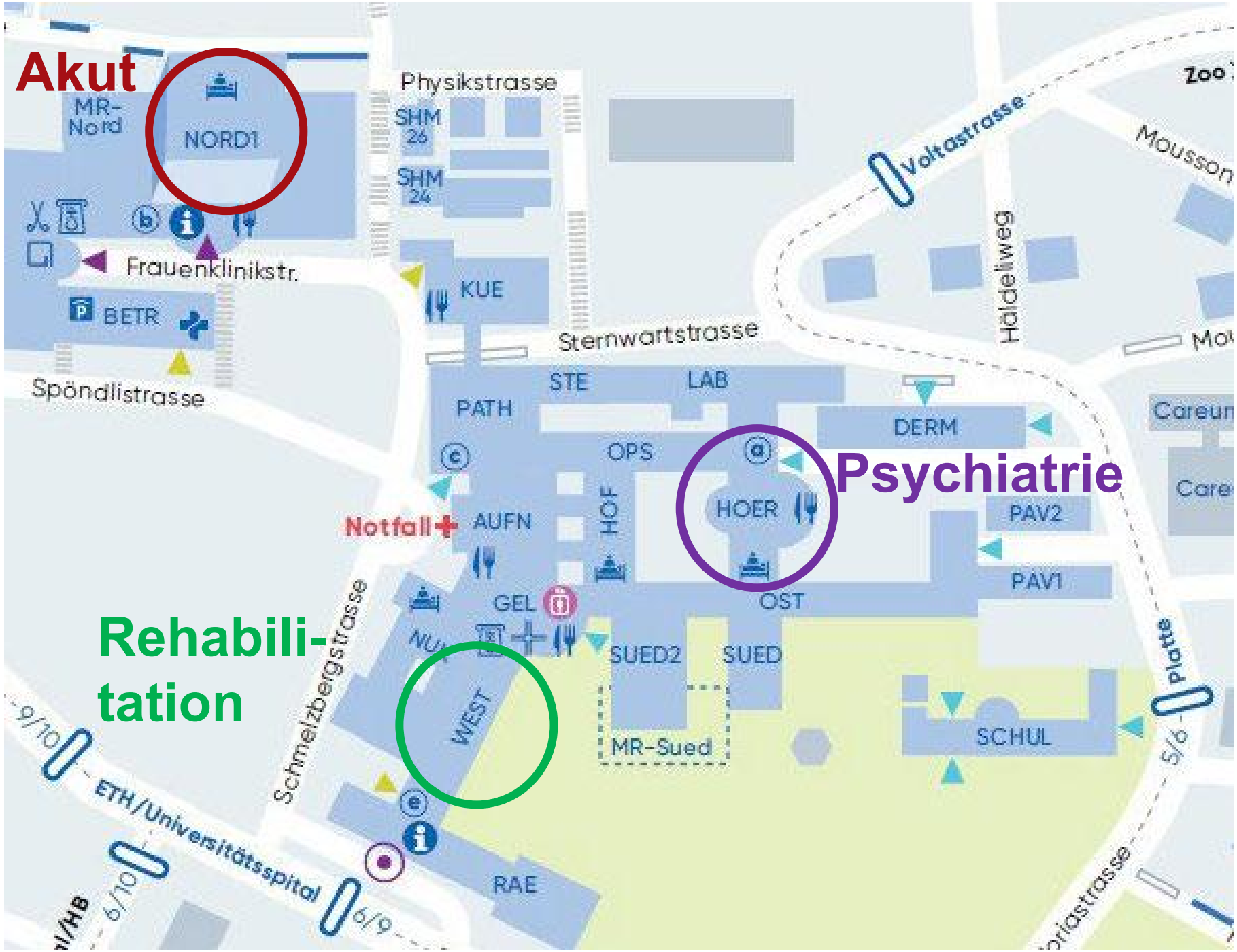
Ihre Spitäler
Vos hôpitaux
I vostri ospedali

Parallelworkshops

Akutsomatik: Grosser Hörsaal NORD1 D304

Psychiatrie: Grosser Hörsaal OST B10

Rehabilitation: Hörsaal WEST U12



- **Akutsomatik**
  Hörsaal NORD1
  D304
- **Psychiatrie**:
  Grosser Hörsaal
  OST B10
- **Rehabilitation**:
  Hörsaal WEST
  U12

Ihre Spitäler
Vos hôpitaux
I vostri ospedali

Workshop Akutsomatik

Checkliste «sichere Chirurgie» und ClassIntra®
Salome Dell-Kuster, Leitende Ärztin, Klinik für Anästhesiologie, USB

Patient Blood Management
Donat Spahn, Präsident Alliance Rouge

Swiss Network on Safe Procedures
Karma Brunner, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Stiftung Patientensicherheit

Diskussionsrunde

Moderation
Manuela Ocaña, H+

WHO Checkliste «Sichere Chirurgie» und ClassIntra®

Synergien von zwei perioperativen QVMs

Prof. Dr. med. Salome Dell-Kuster, MSc Med Stats
Leitende Ärztin Anästhesie, Universitätsspital Basel

Hintergrund

Präoperativ | Intraoperativ | Postoperativ





Adverse Events (AE)



- 1/3 chirurgischen Patient*innen
- Postoperativer Tod = 3. häufigste Todesursache weltweit

Nepogodiev Lancet. 2019
Panagioti BMJ 2019
de Vries Qual Saf Health Care 2008

Hintergrund

Präoperativ | Intraoperativ | Postoperativ





Adverse Events (AE)

- Hospitalisation ↑
- Kosten ↑

→ **50% der Komplikationen vermeidbar**

Dell-Kuster BMJ 2020
Ramly Am J Surg. 2016
Bohnen. Ann Surg 2017

Hintergrund



Präoperativ | Intraoperativ | Postoperativ

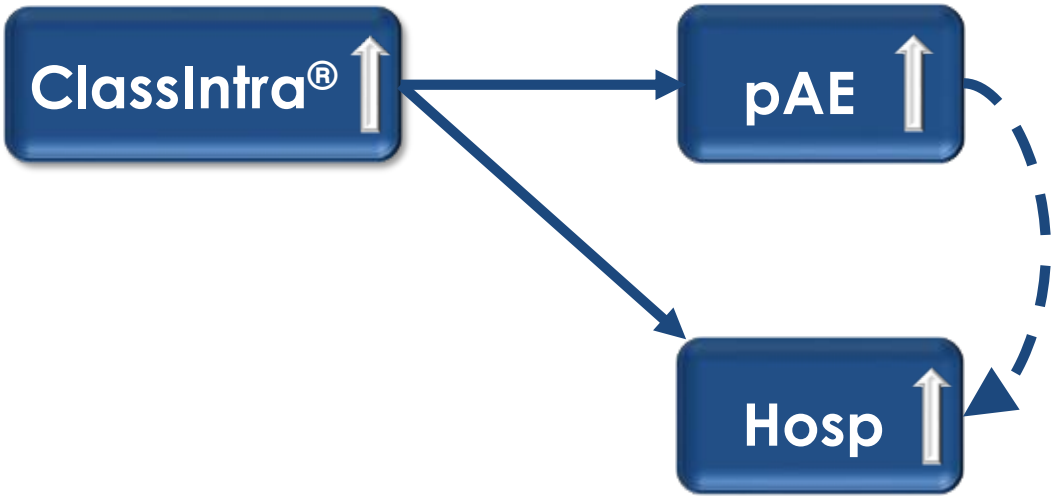


Adverse Events (AE)

? Intraoperative Adverse Events (iAEs) ?

ClassIntra® – zur intraoperativen Komplikationserfassung

Grade	Definition
Grade 0	No deviation from the ideal intraoperative course
Grade I	Any deviation from the ideal intraoperative course: • Without the need for any additional treatment or intervention • Patient with no or mild symptoms
Grade II	Any deviation from the ideal intraoperative course: • With the need for any additional minor treatment or intervention • Patient with moderate symptoms, not life threatening, and not leading to permanent disability
Grade III	Any deviation from the ideal intraoperative course: • With the need for any additional moderate treatment or intervention • Patient with severe symptoms, potentially life threatening or potentially leading to permanent disability
Grade IV	Any deviation from the ideal intraoperative course: • With the need for any additional major and urgent treatment or intervention • Patient with life threatening symptoms or leading to permanent disability
Grade V	Any deviation from the ideal intraoperative course with intraoperative death of the patient



2024 **H+** anerkennt ClassIntra als **QVM**

Dell-Kuster BMJ 2020
Chen, Am J Surg 2018

WHO Checkliste «Sichere Chirurgie»

Präoperativ | Intraoperativ | Postoperativ



Sign-in **Time-out** **Sign-out**

World Health Organization

- pAE ↓ => Hospitalisation ↓
- Mortalität ↓

Haynes NEJM 2008
Bergs BJS 2014
Van Klei Ann Surg 2012

Adhärenz Sign-out

Vorherphase, Sommer 2023, N=120

Sign Out

2.5 % vollständig durchgeführt **!**

Schwendimann Pat Saf Surgery 2019
Bergs BJS 2014

Finanziell unterstützt durch die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK)

Durchführungsqualität Sign-out

Vorherphase, Sommer 2023, N=120

Sign Out — **96% vollständig durchgeführt** ✓

BUT….. **Engagement: Median 38% (IQR 33% - 43%)**

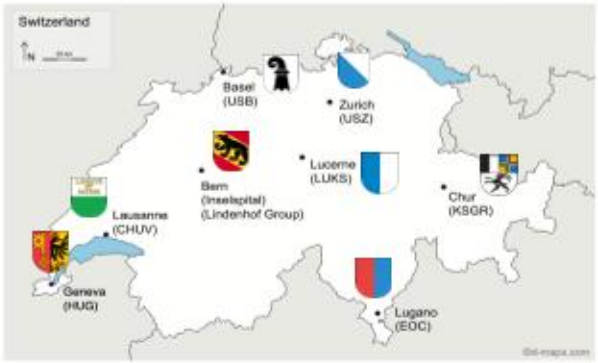
Durchführungsqualität: Median 5 (IQR 3 - 6) von 7

Devcich BMJ Qual Saf 2016
www.cibosurg.ch

Finanziell unterstützt durch die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK)

CIBOSurg

ClassIntra for Better Outcomes after SURGery



- Multidisziplinäres und multizentrisches Qualitätsprojekt
- 8 Spitäler, 5 chirurgische Disziplinen
- Systematische **Erfassung der intraoperativen Ereignisse** (iAEs) nach ClassIntra®
- (Re-)Aktivierung vom **Sign-out mit interdisziplinären Diskussion der iAEs**
- Ziel: **Patientenoutcome** und **perioperative Kollaboration** zu verbessern

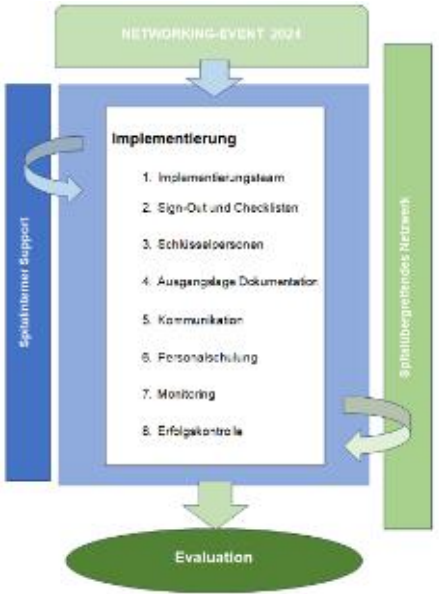
"Standardisierte Erfassung von iAEs und pAEs sind eine Grundvoraussetzung, um Strategien zu deren Verhinderung zu definieren und entwickeln"

Finanziell unterstützt durch die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK)

Top 5 hinderliche und unterstützende Faktoren

Top 5	Strategien/Massnahmen
Prozess ist nicht standardisiert	Prozess definieren (wer, wann)
Dokumentation von iAEs	Benutzerfreundliche Dokumentation
Top-down Support	Ressourcen, Rollenmodel
ClassIntra® (wenig Erfahrung)	Training (eLearning), Aufzeigen des Effektes (Plenum)
Sicherheitskultur	Transparenz, Monitoring, Feedback

Effektives Implementierungsbündel







H+
DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

AQC

AQua

Burri BMJ Open Qual 2025
www.cibosurg.ch

Finanziell unterstützt durch die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK)

Adhärenz Sign-out vor und nach der Implementierung

Vorherphase, Sommer 2023, N=120

Sign Out — **2.5 % vollständig durchgeführt** !

Nachherphase, Sommer 2025, N=120

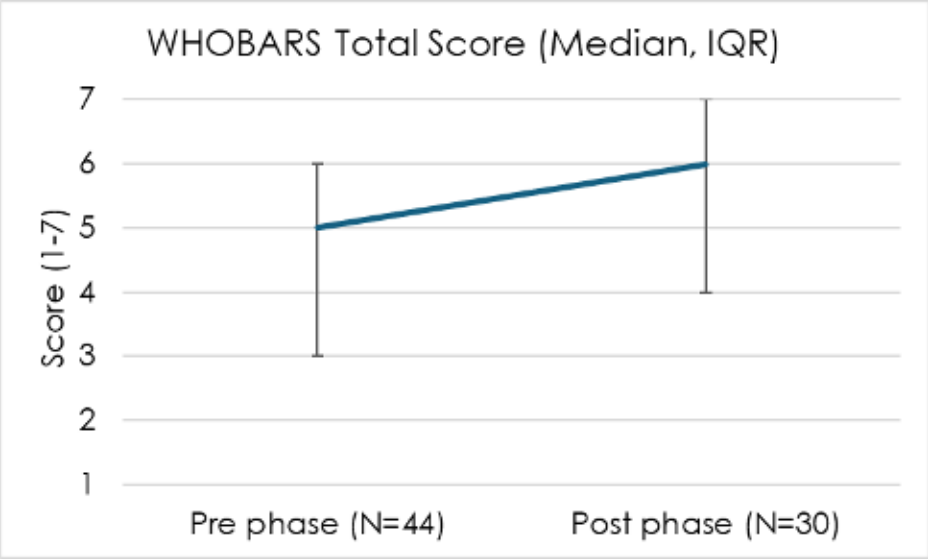
Sign Out — **87 % vollständig durchgeführt** ✓

12-Monate Follow-Up, Sommer 2026, N=966

Sign Out — **94 % vollständig durchgeführt** ✓

Durchführungsqualität vor und nach der Implementierung

Sign Out **96% vollständig durchgeführt** ✓



Qualität ↑

Setting the stage
Team engagement
Communication: Activation
Communication: Problem anticipation
Communication: Process completion

Devcich BMJ Qual Saf 2016
www.cibosurg.ch

Finanziell unterstützt durch die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK)

Sicherheitskultur – *Transparenz, Monitoring, Feedback*



Verbessernde Massnahmen

Feedback Personal

M & M Konferenzen

Weitere Projekte CIBOSurg

Implementierungs-Outcomes



Klinische Outcomes



Gesundheitsökonomische Analysis



Lokales Roll-out / Nationales Scale-up



Finanziell unterstützt durch die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK)

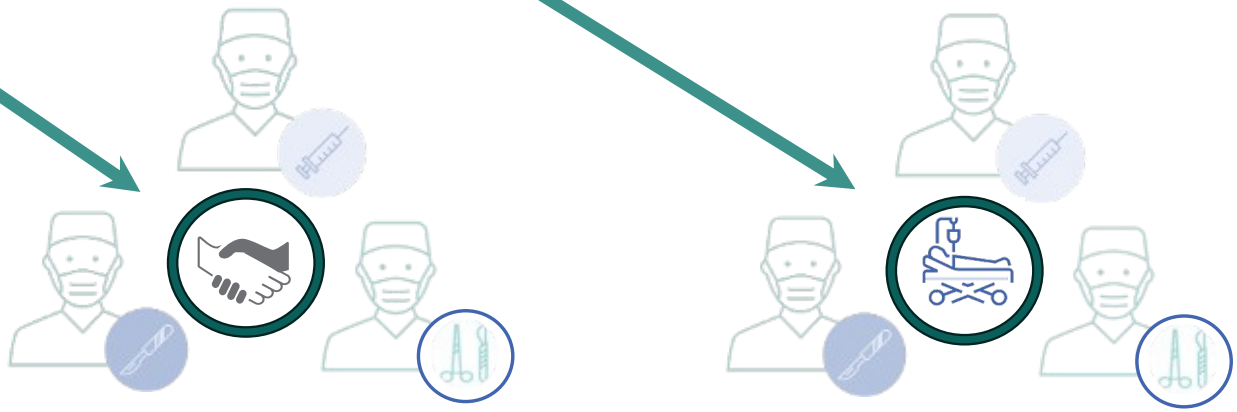
Zusammenfassung

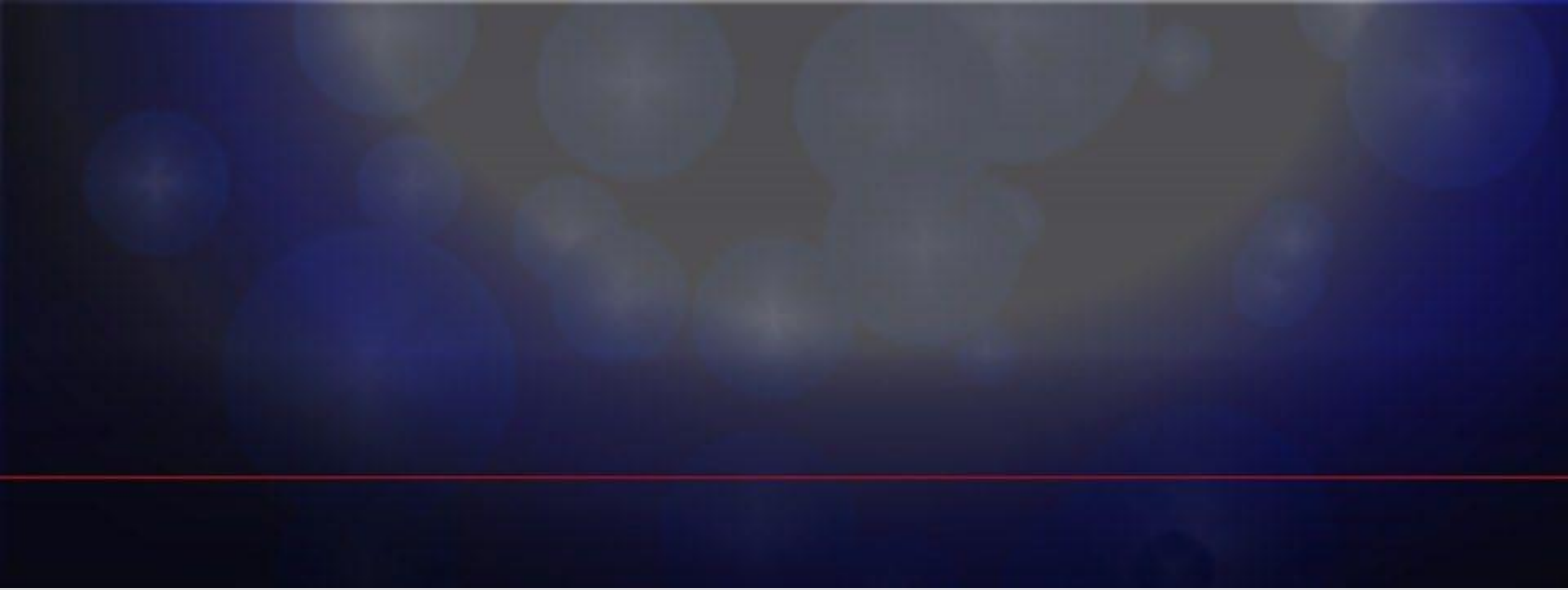
Synergien von zwei QVMs

→ WHO Checkliste

→ ClassIntra®

Arbeits- und Patientensicherheit





Patient Blood Management

Prof. Dr. Donat R. Spahn, Präsident der «Alliance Rouge»

Universitätsspital Zürich | 10. September 2026

Conflict-of-Interest - disclosures - spectrum of activities

- Consulting companies
  - B. Braun
  - CSL Behring
  - CSL Vifor (International)
  - Haemonetics
  - Werfen (Instrumentation Laboratory)
  - Saipient
- ABC trauma faculty, managed by Thomson Physicians World GmbH with unrestricted educational grants from
  - CSL Behring
  - LFB Biomédicaments
  - Alexion Pharma Germany GmbH
- Consulting Professional Societies
  - European Society of Anaesthesiology and Intensive Care
  - Korean Society of Anesthesiologists

Honoraria / travel support for occasional consulting / lecturing / running

Companies		
Alexion	AstraZeneca	Baxter
Bayer	iSEP	Johnson&Johnson
Novo Nordisk	Octapharma	Pharmacosmos
SwissPBM-Consulting GmbH		

Foundations / Associations		
Network for the Advancement of PBM, Haemostasis and Thrombosis (NATA)	European Society of Anaesthesiology and Intensive Care	Swiss Foundation for Anesthesia Research
International Foundation for Patient Blood Management	Society for the Advancement of Blood Management (SABM)	Alliance Rouge

Inhalt

1) Was ist Patient Blood Management und warum ist es wichtig?
2) Die Förderung von Patient Blood Management in der Schweiz
3) Ausblick

Worum geht es?

- Patient Blood Management (PBM) ist ein evidenzbasierter, multidisziplinärer Ansatz, der drei zentrale Risikofaktoren bei grossen elektiven Eingriffen minimiert:
  - **Präoperative Anämie**
  - **Perioperative Blutverluste**
  - **Unnötige Bluttransfusionen**
- PBM steigert die Behandlungsqualität, senkt Kosten und hat sich im In- und Ausland bereits vielfach bewährt.
- Aber: PBM erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Akteure des Gesundheitswesens.

Das Konzept basiert auf drei Säulen

Säule I: Optimierung des Erythrozytenvolumens

- Präoperative Anämie-Abklärung und –Behandlung (Anästhesie, Spezialisten)

Säule II: Minimierung perioperativer Blutverluste

- Blutsparende sorgfältige chirurgische Methoden und Techniken
- Einsatz von Antifibrinolytika (z.B. Tranexamsäure)
- Optimiertes Hämostase- und Gerinnungsmanagement
- Einsatz von Cell-Saving

Säule III: Verbesserung der Anämietoleranz

- Maximierung der Sauerstoffversorgung des Organismus
- Restriktives Transfusionsregime (evidenzbasierte Trigger)

Patient Blood Management in Zahlen

Bislang grösste Praxisstudie aus Australien (2017, 605'046 Patient:innen):

- Krankenhaus-Mortalität um 28% reduziert
- Durchschnittlich 15% kürzere Spitalaufenthaltsdauer
- 21% weniger Spitalinfektionen, 31% weniger Herzinfarkte und Hirnschläge
- Verbrauch von Blutprodukten um 41% reduziert
- Direkte Einsparungen von USD 18,1 Mio. – insgesamt USD 78–97 Mio.

Spitalweite Analyse des Universitätsspitals Zürich (2019, 213'882 Patient:innen):

- Verbrauch von Bluttransfusionen um 40% reduziert
- Direkte Einsparungen von über CHF 3,5 Mio. pro Jahr

Leahy M. F. et al. Transfusion (2017) 57: 1347
Kaserer A. et al. Anaesthesia (2019) 74: 1534

WHO-Aufruf an ihre Mitgliedsländer

Evidence (Wissenschaftliche Evidenz): Kontrollierte Studien, RCTs und Metaanalysen belegen verbesserte klinische Outcomes mit PBM.

Economics (Wirtschaftlichkeit): Reduzierte Behandlungskosten, entlastete Budgets und fast unmittelbarer ROI.

Ethics (Ethische Pflicht): Ein bewährtes medizinisches Modell darf Patient:innen, vulnerablen Bevölkerungsgruppen und Blutspendenden nicht vorenthalten werden.

«The overarching goal must be that PBM ultimately becomes a national standard.»
WHO, Guidance on implementing PBM to improve global blood health status (2025)

«The urgent need to implement Patient Blood Management», WHO (2021);
«Guidance on implementing PBM to improve global blood health status», WHO (2025).

Eignung als QVM

Die bedeutenden Vorteile von PBM sind international nachgewiesen, die konkrete Anwendung und der Benefit in Spitälern ist einfach messbar:

- Rate präoperativer Anämie-Diagnostik bei Fokus-Operationen (BV > 500 ml)
- Rate an korrekten Anämie-Therapien
- Hämoglobin bei Spital-Eintritt
- Transfusionsrate pro Eingriff und Klinik
- Anwendung blutsparender Verfahren (Cell-Salvage, Antifibrinolytika)
- Einhaltung evidenzbasierter Transfusionstrigger
- Rate an postoperativen Komplikationen (Infektionen, Nierenversagen, Mortalität)
- Dauer und Kosten der Hospitalisation
- Re-Hospitalisation innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Alliance Rouge: Engagement seit 2018

Die Alliance Rouge ist die Schweizer Interessengemeinschaft zur Förderung von PBM.

Schwerpunkte der Vereinsaktivitäten:

- Massnahmen gegenüber Spitälern und Zuweisern (Schulung, Toolkits, Beratung)
- Massnahmen gegenüber Stakeholdern in der Gesundheitspolitik
- Begleitkommunikation: Medienmitteilungen, Mitgliederkommunikation, politisches Stakeholdermanagement

Alliance Rouge: Realisierte Projekte

- Zweisprachiges Basiskonzept für Spitäler zur Einführung von PBM
- Dreisprachige Broschüre für Patient:innen sowie für Hausärzt:innen
- Dreisprachiges E-Learning-Tool für Spitalpersonal:
- Weitere Pilotprojekte zur schrittweisen Einführung von PBM in Schweizer Spitälern
- Politisches Stakeholdermanagement

Alliance Rouge: Achievements (Auswahl)

- Motion von Christian Lohr (2020): Bundesrat anerkennt die Bedeutung von PBM
- Prix d'excellence von santeneXt und Förderpreis der Stiftung Groupe Mutuel (2020)
- Erfolgreiche Einführung von PBM am Zuger Kantonsspital (2021)
- Projekt in Zusammenarbeit mit der Eidg. Qualitätskommission – Implementierung in 5 Partnerspitälern (2022–2024)
- **Verankerung von PBM als anerkannte QVM gemäss QV nach Art. 58a (2024)**



Verleihung des Prix d'excellence von santeneXt, 01.10.2020

Die grössten Hürden

Strukturelle Hürden:

- Fehlende Finanzierungs-Anreize im SwissDRG-System für PBM-Massnahmen
- Kein verbindlicher nationaler Standard – grosse Variabilität zwischen Spitälern
- PBM-Qualitätsindikatoren noch nicht in ANQ-Messung integriert
  ANQ = **A**ssociation **n**ationale pour le développement de la **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques
  Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

Kulturelle und organisatorische Hürden:

- Neue Organisations-Pfade der OP-Anmeldung (3 Wochen vor Fokus-OP (BV > 500 ml))
- Traditionelle Transfusionsgewohnheiten («im Zweifel transfundieren»)
- Ungenügende Prozess-Kontrolle
- Zeitaufwand für Schulungen und Protokollanpassungen im Klinikalltag
- Vermeintliches Fehlen an Budget zur Umsetzung des PBM

Mögliche Angriffspunkte

Regulatorisch & politisch:

- PBM-Indikatoren in Qualitätsverträge nach Art. 58 KVG verankern
- Zusammenarbeit mit H+, santésuisse und BAG für verbindliche Standards
- Aufnahme von PBM in die ANQ-Qualitätsmessung

Operativ & kulturell:

- Flächendeckende Schulungsprogramme für alle Berufsgruppen im Spital
- Bereitstellung standardisierter PBM-Toolkits für Spitäler
- Ausbau des nationalen PBM-Registers für Benchmarking und Outcome-Messung
- Patientenaufklärung und präoperative Anämiesprechstunden

Assessment als Schlüsselelement

Das geplante PBM Assessment soll Spitäler dabei unterstützen, den Stand ihres PBM-Programms strukturiert zu erfassen – als Standortbestimmung und praxisnaher Leitfaden.

Aufbau: 5 Functions mit standardisierten Activities

- Governance & Program Structure
- Anemia Management (Screening & Optimization)
- Bleeding Management (Blood Loss & Hemostasis)
- Transfusion Management (Restrictive Practice)
- Data Management (Monitoring & Quality Improvement)

Prozess: Selbstbewertung (0–4-Skala, PDCA) sowie Vor-Ort-Validierung durch Assessoren

Fazit

- PBM verbessert den Outcome von Patient:innen und die Patientensicherheit, senkt Kosten und ist international bewährt.
- **Mit der Verankerung im Qualitätsvertrag Art. 58 KVG ist der Durchbruch greifbar.**
- Jetzt braucht es konkrete Schritte zur Realisierung des Erfolgs:
  - Verbindliche PBM-Qualitätsindikatoren für alle Schweizer Spitäler
  - Starke Partner für die flächendeckende Umsetzung (H+, santésuisse und BAG Fachgesellschaften etc.)
  - Finanzierungsanreize für Spitäler, die PBM konsequent einführen
- **Unser Ziel: PBM zum nationalen Standard machen – im Sinne der Patient:innen und der WHO.**

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Alliance Rouge
Amthausgasse 5
3011 Bern
T +41 31 310 14 35

info@alliance-rouge.ch
www.alliance-rouge.ch

Vernetzt für mehr Sicherheit: Swiss Network on Safe Procedures

Erfahrungsaustausch zum Qualitätsvertrag von H+
10. September 2026

Swiss Network on Safe Procedures

safeprocedures.ch

Karma Brunner
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Swiss Network on Safe Procedures

Ausgangslage

- progress! Sichere Chirurgie (2012-2015): Adaptation, Pilotierung und Verbreitung der Checkliste Sichere Chirurgie
- progress! COM-Check – Sichere Chirurgie (2018-2021): Evaluation der Checklisten-Compliance
- Stakeholderanlass «Sichere Chirurgie» (Nov. 2022): Es besteht ein grosses Bedürfnis nach Vernetzungsmöglichkeiten

Ziel

- Aufbau einer interaktiven Plattform (2024-2027) für die Bereiche Chirurgie, Diagnostik und interventionelle Verfahren mit sicherheitsrelevanten Fachinformationen und regelmässigen Vernetzungsaktivitäten

Aktueller Stand

- Launch der Plattform fand am 13. Januar 2026 statt: safeprocedures.ch
- Letzte Projektphase bis Ende 2027 : Betrieb der Plattform, Ergänzung von Inhalten, Angebot regelmässiger Aktivitäten

Swiss Network on Safe Procedures

Einblick in die Plattform

Was ist das Swiss Network on Safe Procedures?

Das Swiss Network on Safe Procedures ist eine interaktive Plattform für Fachpersonen in operativen, diagnostischen und interventionellen Disziplinen in der ganzen Schweiz.

Nutzende können in einem geschützten Rahmen voneinander lernen, Informationen austauschen und sich gegenseitig unterstützen (Peer-Support).

Die Plattform fördert eine Vernetzung auf nationaler Ebene zur Stärkung der Patient:innensicherheit.



Swiss Network on Safe Procedures

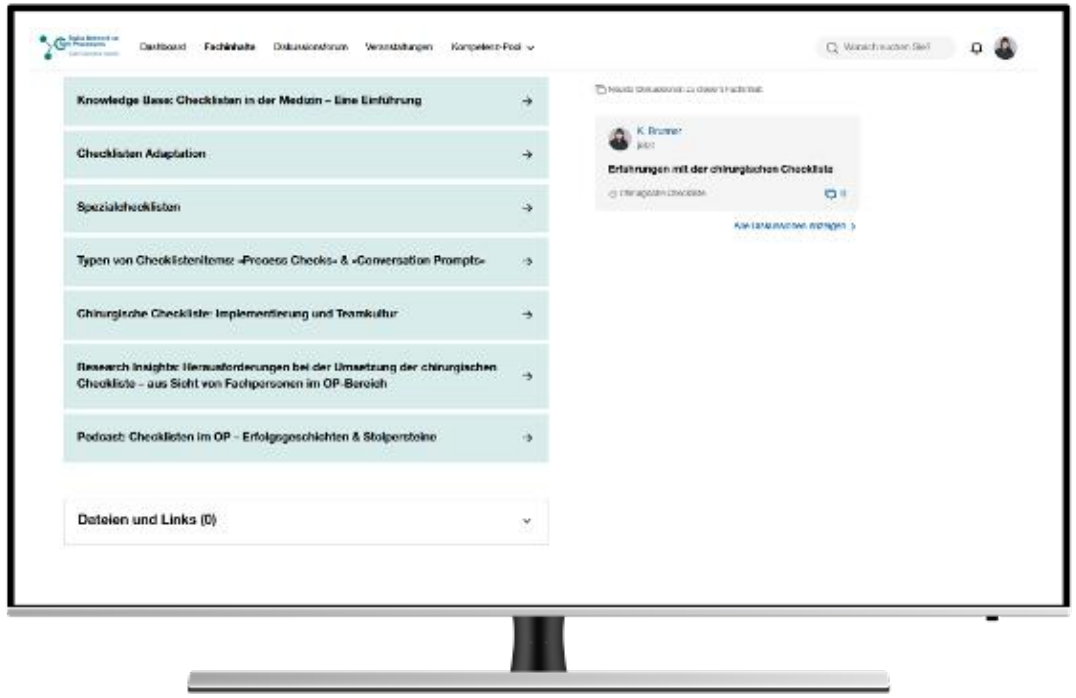
Einblick in die Plattform: Kernfunktionen

Fachinhalte

Zweimal pro Jahr werden Fachinhalte zu verschiedenen sicherheitsrelevanten Themen aus den Bereichen operative, diagnostische und interventionelle Verfahren veröffentlicht.

Verfügbar in D | F | I

Zum Erklärvideo: Fachinhalte



Swiss Network on Safe Procedures

Einblick in die Plattform: Kernfunktionen

Fachinhalte: Formate

Unterthemen

Schriftliche Ausführung von Grundlagen sowie wichtigen Aspekten mit Verweisen auf bestehende Materialien für weiterführende Auseinandersetzung.

Verfügbar in D | F | I

Research Insights

Aufbereitung einer relevante Studie und Anregung zur Diskussion und Austausch unter Plattformnutzenden.

Verfügbar in D | F | I

Knowledge Base

Vertiefte Vermittlung eines Grundlagenthemas in einer vertonten Präsentation (einsprachig aufgezeichnet, Untertitel in weiteren Landessprachen).

Podcast

Gespräch mit einer Fachperson aus der Praxis in einem Podcast-Format (in einer der Landessprachen aufgenommen).

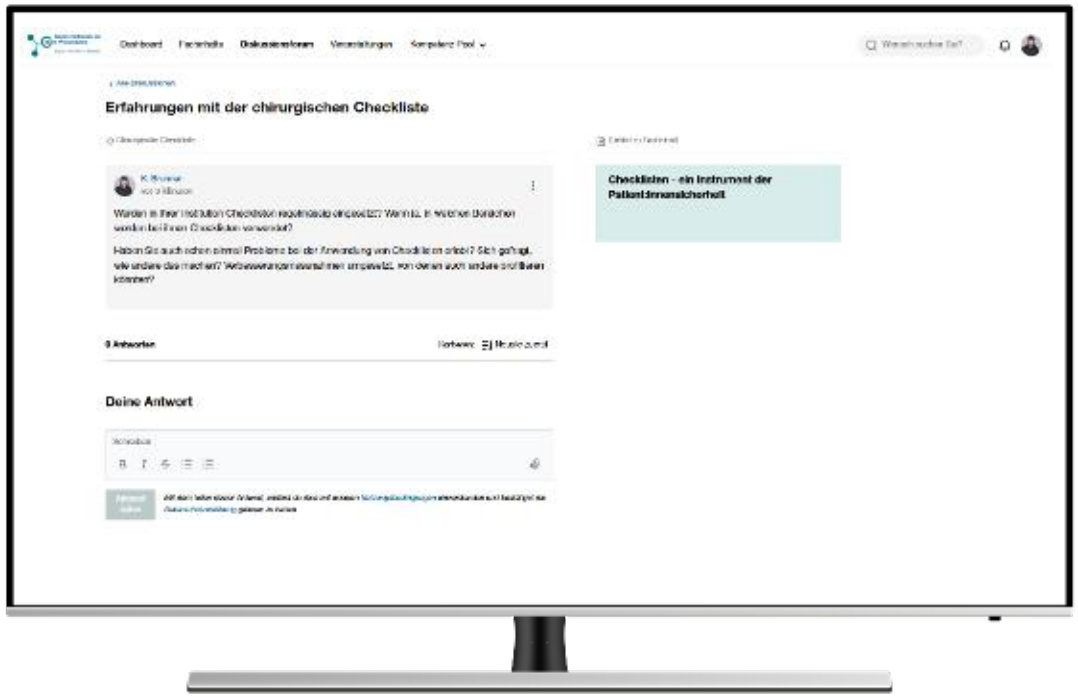
Swiss Network on Safe Procedures

Einblick in die Plattform: Kernfunktionen

Diskussionsforum

Im Diskussionsforum können Sie neue Diskussionen starten oder sich bestehenden anschliessen, um Fragen zu stellen oder Erfahrungen auszutauschen. Eine automatische Übersetzungsfunktion ermöglicht den Austausch über Sprachregionen hinweg.

[Zum Erklärvideo: Diskussionsforum]



Swiss Network on Safe Procedures

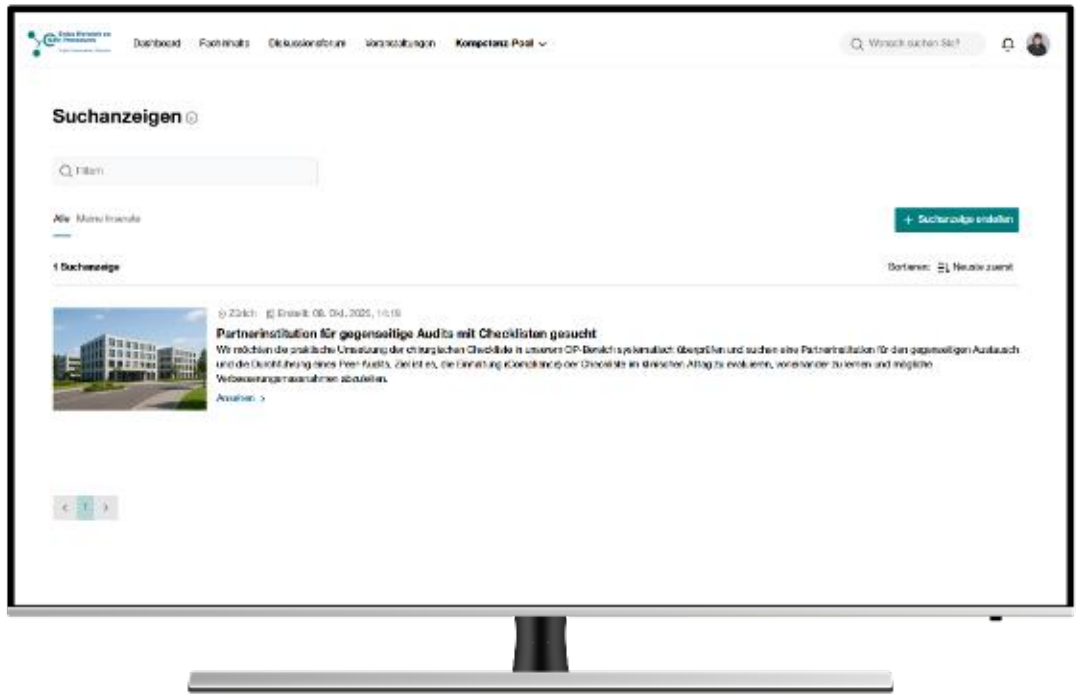
Einblick in die Plattform: Kernfunktionen

Kompetenz-Pool

Der Kompetenz-Pool umfasst Suchanzeigen und eine Expert:innenbörse, in der Sie gezielt nach Ansprechpartner:innen suchen oder Ihr Wissen zur Verfügung stellen können.

[Zum Erklärvideo: Suchanzeigen]

[Zum Erklärvideo: Expert:innenbörse]



Swiss Network on Safe Procedures

Einblick in die Plattform: Kernfunktionen

Veranstaltungen

Zweimal pro Jahr finden im Rahmen des Swiss Network on Safe Procedures Veranstaltungen zu unterschiedlichen Themen statt (online oder vor Ort). Diese Veranstaltungen dienen dem Wissensaustausch und der Vernetzung. Die Teilnahme ist kostenlos.

[Zum Erklärvideo: Veranstaltungen]



Swiss Network on Safe Procedures

Einblick ins Diskussionsforum

Markierung der Eingriffsstelle im OP

Auf der Plattform wurde diskutiert, wie interne Markierungsrichtlinien im OP umgesetzt werden. Im Austausch wurden gemeinsame sicherheitsrelevante Grundsätze sichtbar:

- keine Einschleusung ohne korrekte Markierung
- Patient:innenidentifikation
- aktiver Einbezug der Patient:innen
- Kontaktaufnahme Operateur:in bei fehlender Markierung

Gleichzeitig zeigten sich Unterschiede in der institutionellen Umsetzung, beispielsweise bei Art und Zeitpunkt der Markierung, Sichtbarkeit nach steriler Abdeckung oder definierten Ausnahmen. Geäussertes Bedürfnis nach nationaler Leitlinie.

Aufnahme in «Checklists Applied»: Workshop zur Markierung der Eingriffsstelle.

Swiss Network on Safe Procedures

Nächste Veranstaltung

Checklists Applied: 21. Oktober 2026, ganztägig (in Bern)

Die Veranstaltung widmet sich der Frage, wie die Compliance mit chirurgischen Checklisten überprüft, verbessert und nachhaltig gesichert werden kann. Praxisberichte zeigen konkrete Herausforderungen und Massnahmen auf; ergänzend werden rechtliche Aspekte rund um die chirurgische Checkliste diskutiert. Ein besonderer Fokus liegt auf dem interaktiven Workshop zur Markierung der Eingriffsstelle, in dem bestehende Vorgehensweisen, Herausforderungen und Bedürfnisse aus der Praxis gesammelt werden.

Weitere Informationen: Checklists Applied am 21. Oktober 2026

Swiss Network on Safe Procedures

Plattform Partnerschaft

Commitment als Partnerinstitution

Partnerinstitutionen setzen ein Zeichen für Patient:innensicherheit rund um operative, interventionelle und diagnostische Verfahren und fördern die Nutzung der Plattform innerhalb ihrer Organisation.

Nutzen der Partnerinstitutionen:

- Zugang zu aktuellen Entwicklungen, Trends und Evidenzen
- Stärkung der Sicherheitskultur im eigenen Haus
- Beitrag zu einem national harmonisierten Verständnis sicherer Prozesse
- Sichtbarkeit im Bereich Patient:innensicherheit und Qualitätsentwicklung



Swiss Network on Safe Procedures

Partnerinstitution

Swiss Network on Safe Procedures

Plattform Partnerschaft

Übersichtskarte der offiziellen Partnerinstitutionen des Swiss Network on Safe Procedures:



25
Partnerorganisationen

3
Sprachregionen vertreten

[Weitere Informationen zur Partnerschaft]

Swiss Network on Safe Procedures
Surgical | Interventional | Diagnostic

Swiss Network on Safe Procedures
safeprocedures.ch

Vielen Dank für Ihr Interesse!

Werden Sie Teil des Swiss Network on Safe Procedures und registrieren sich kostenlos unter safeprocedures.ch oder über den QR-Code.

Ihre Spitäler
Vos hôpitaux
I vostri ospedali

Diskussionsrunde

Ihre Spitäler
Vos hôpitaux
I vostri ospedali

Workshop Psychiatrie

Ambulantes Setting als Herausforderung in der Psychiatrie

Petra Reusser, Leiterin Qualitäts- und Risikomanagement, Triaplus AG

Diskussionsrunde

Moderation

Dorit Djelid, H+

Claudia Weiss, H+

tria plus

Integrierte Psychiatrie
Uri, Schwyz und Zug

Ambulantes Setting als Herausforderung in der Psychiatrie

ERFA-Tagung H+ zum Qualitätsvertrag nach KVG
10. September 2026

Petra Reusser, Triaplus AG
Leiterin Qualitäts- und Risikomanagement, Datenschutzstelle

Agenda

1. Ausgangslage und Vorstellung Triaplus AG
2. Patientenzahlen – Ambulant und Stationär
3. Ambulantes Leistungsangebot
4. Integratives Qualitätsmanagement
5. Praxisbeispiel Suizidprävention
6. Erkenntnisse und Ausblick

Ausgangslage

- Seit dem **1. Juli 2017** ist das Psychiatriekonkordat der Kantone Uri, Schwyz und Zug in Kraft – mit dem Ziel einer verstärkten kantonsübergreifenden Zusammenarbeit in der Psychiatrie. **Daraus entstand im Herbst 2017 die gemeinnützige Triaplus AG mit Sitz in Oberwil-Zug.**

- Am **1. Januar 2018** wechselten die Sozialpsychiatrischen Dienste der Kantone Uri und Schwyz, der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst Schwyz, die ambulanten Psychiatrischen Dienste des Kantons Zug und die Psychiatrische Klinik Zugersee von ihren bisherigen Trägerschaften zur Triaplus AG.

Vorstellung der Triaplus AG



Oberwil-Zug



Baar



Goldau



Pfäffikon



Einsiedeln



Lachen



Steinen



Goldau



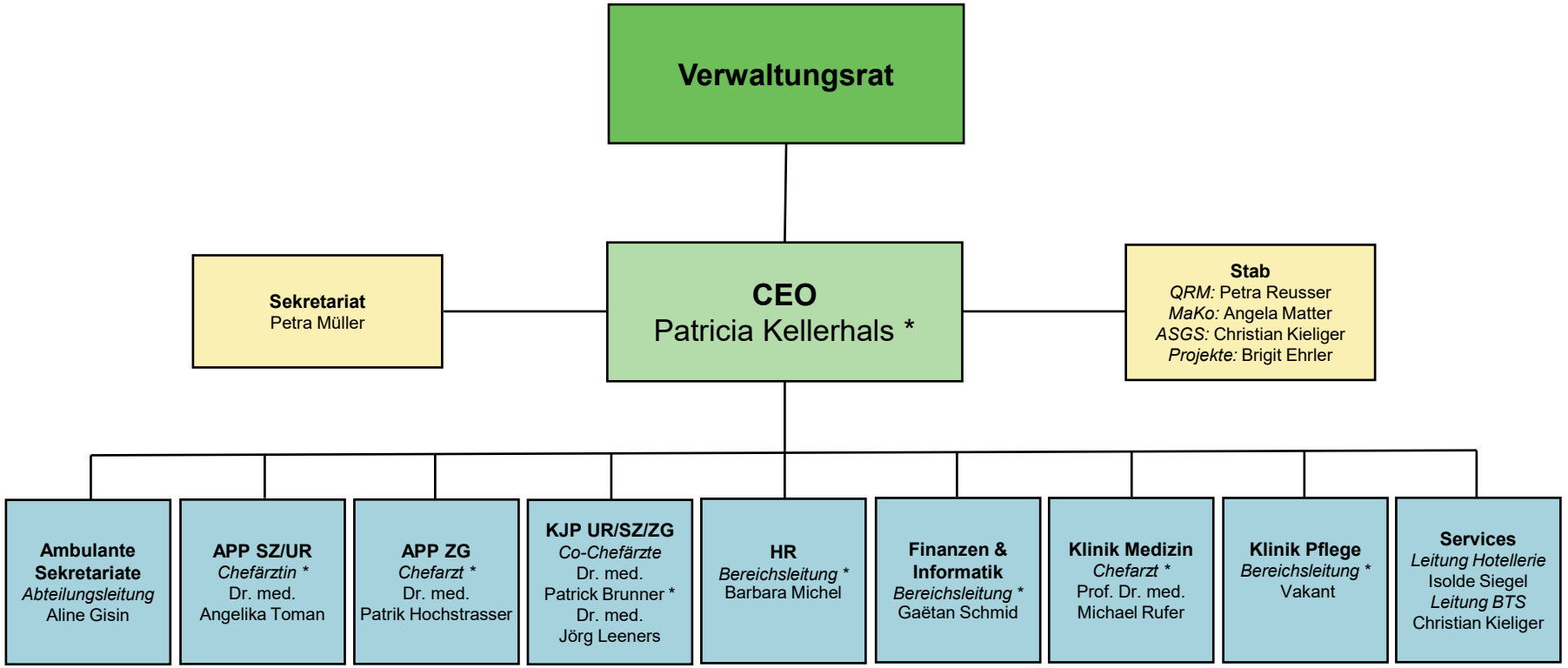
Altdorf

Standorte Triaplus AG



1. Klinik Zugersee / Geschäftssitz Triaplus
2. APP und KJP Zug, Baar
3. APP Schwyz, Goldau
4. APP Schwyz, Einsiedeln
5. APP Schwyz, Pfäffikon
6. KJP Schwyz, Goldau
7. KJP Schwyz, Lachen
8. KJP Schwyz, Tagesklinik Steinen
9. APP und KJP Uri inkl. Tagesklinik, Altdorf

Einzugsgebiet im Konkordatsgebiet von 380’000 Einwohnerinnen und Einwohnern



*** Mitglied der Geschäftsleitung**

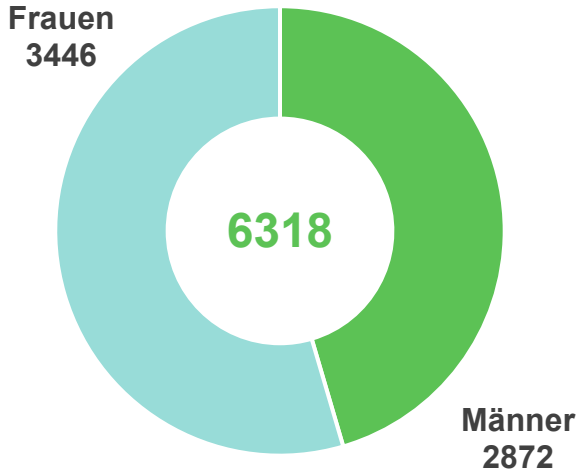
Abkürzungen:
QRM: Qualitäts- & Risikomanagement
MaKo: Marketing & Kommunikation
ASGS: Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz
APP: Ambulante Psychiatrie & Psychotherapie
KJP: Kinder- & Jugendpsychiatrie
BTS: Bau, Technik, Sicherheit

Ambulante Patientenzahlen – Erwachsene

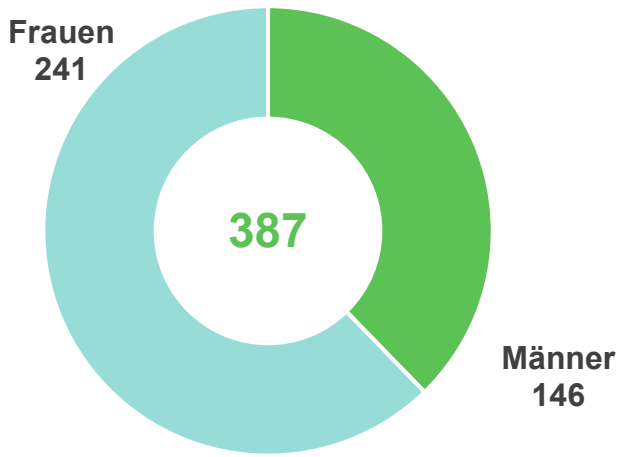
(Stand 31.12.2025)

Erwachsene

Ambulant



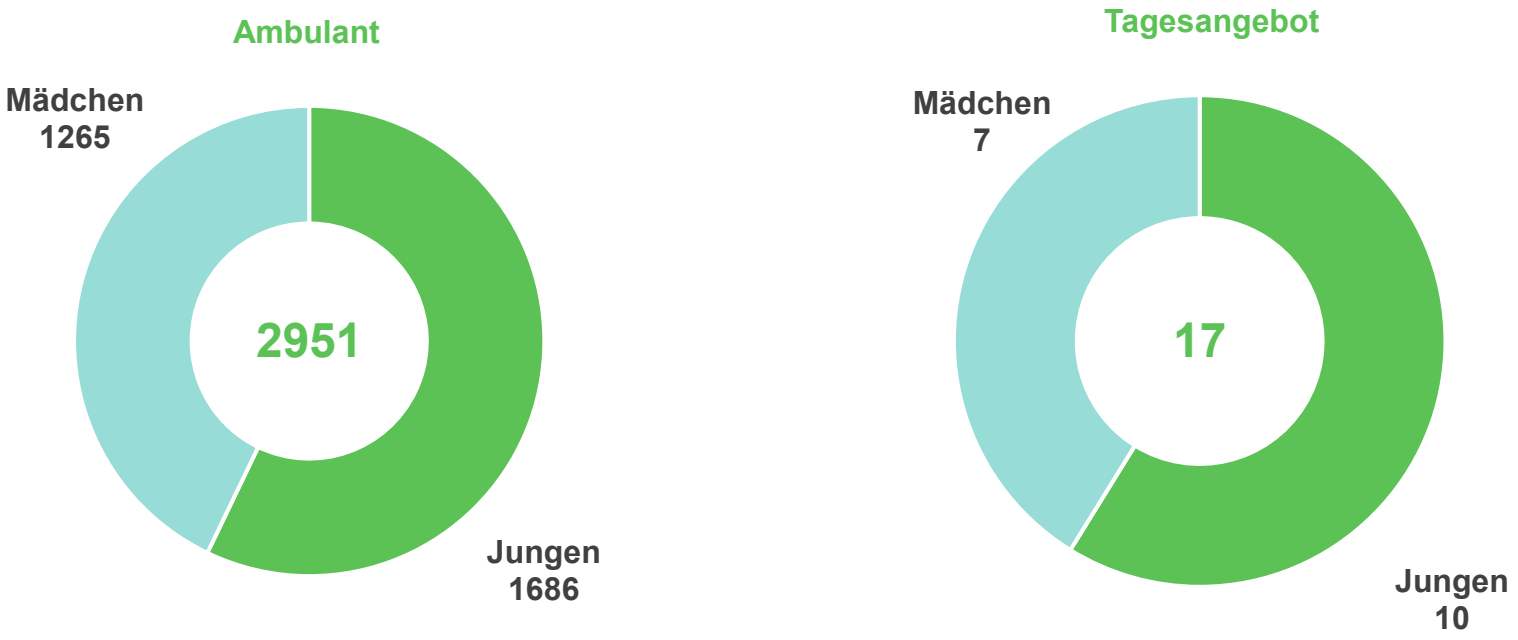
Tagesangebot



Total: 6’318 ambulante Patient/innen | 387 Tagesangebote | über 54% Frauenanteil ambulant

Ambulante Patientenzahlen – Kinder und Jugendliche (Stand 31.12.2025)

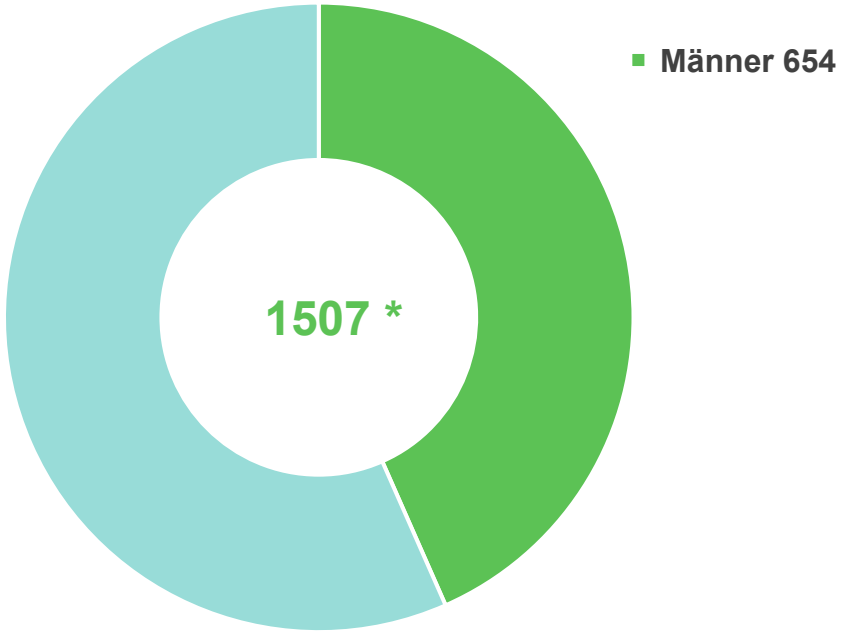
Kinder und Jugendliche



Total: 2’951 ambulante Patient/innen | 17 Tagesangebote | Hoher ambulanter Versorgungsbedarf

Stationäre Patientenzahlen (Stand 31.12.2025)

Erwachsene



*Anzahl Fälle bereinigt mit Fallzusammenführungen

Total: 1’507 stationäre Fälle | 56 % Frauenanteil | *Fallzusammenführungen bereinigt

Ambulantes Leistungsangebot
im Konkordatsgebiet

Ambulante Versorgung

- Ambulante Abklärung, Behandlung und Beratung für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen
- Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie
- Psychologische Testdiagnostik (Standort Zug)

Tagesstrukturen & Fachstellen

- Tagesstätten und Tagesklinik Altdorf (Erwachsene)
- Tagesambulatorium Baar und Tagesklinik Steinen (KJP)
- Fachstellen für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche

Beratung & Prävention

- Einzel-, Paar- und Familienberatung Kt. Schwyz (Goldau und Pfäffikon SZ)
- Abteilung Suchtfragen Kanton Schwyz
- Gesundheit Schwyz, Gesundheitsförderung und Prävention

Integratives Qualitätsmanagement

Aufbau des QMS

- ► Umfassende Betriebsanalyse als Grundlage
- ► Projektbasierter Aufbau mit externer Begleitung
- ► Einbezug von Prozesseignern aus der gesamten Organisation
- ► QMS-Aufbau als Treiber der organisatorischen Fusion

Was es für uns bedeutet

- ✓ Governance durch integriertes Qualitäts-, Prozess- und Risikomanagementsystem
- ✓ Kontinuierliche Verbesserung nach dem PDCA-Zyklus
- ✓ QMS-Verantwortung auf oberster Führungsebene verankert
- ✓ CEO, GL und VR tragen die Weiterentwicklung aktiv mit

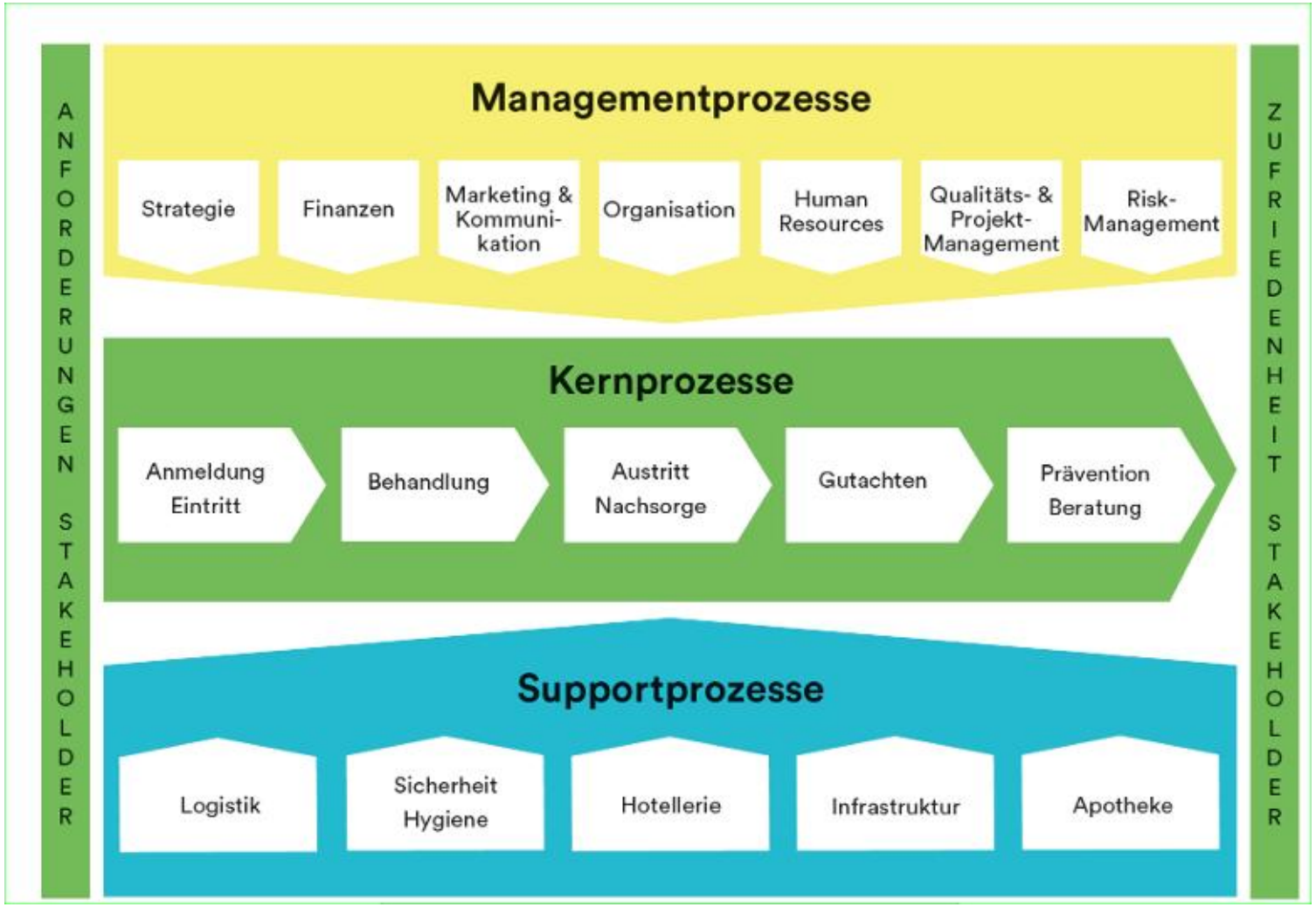
Aufbau des QMS – Ausgangslage

Von der Analyse bestehender Systeme bis zur Integration des Qualitätsvertrags – der Weg zum integrativen QMS der Triaplus AG.



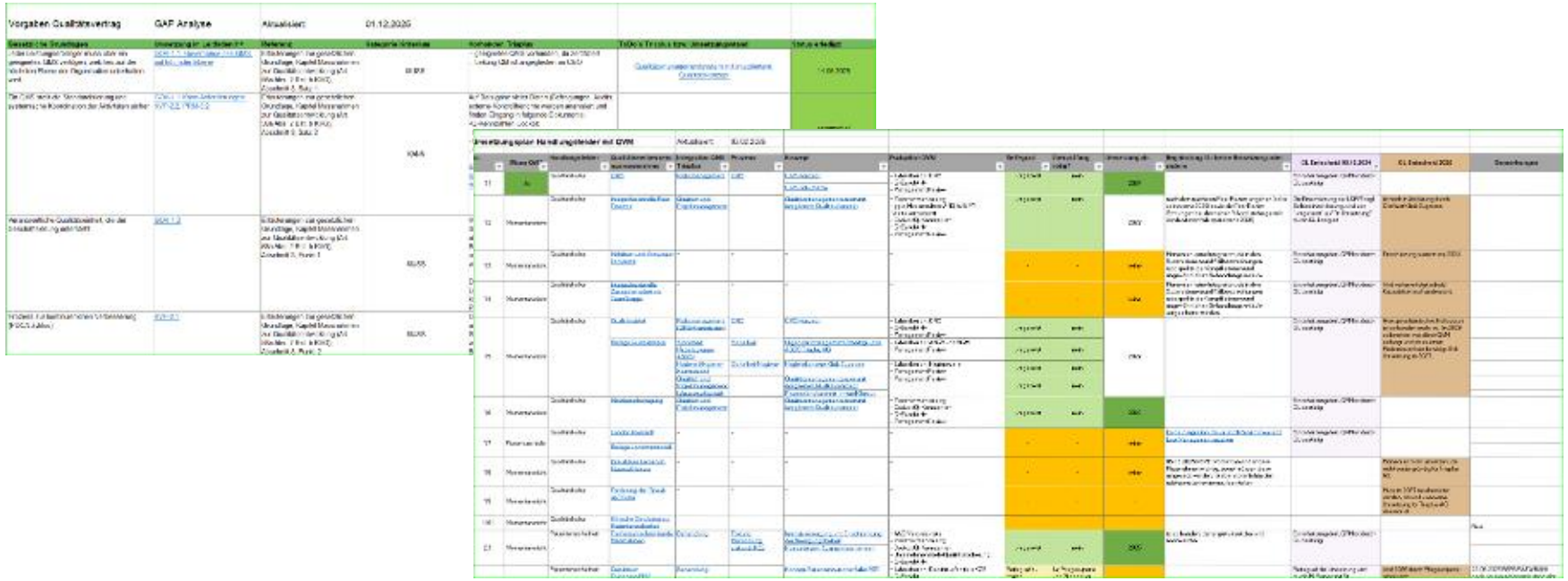
Ergebnis: In sechs Jahren von der Ausgangslage zum integrativen QMS – mit ISO-Zertifizierung und erfolgreicher Integration des Qualitätsvertrags nach KVG.

Integratives Qualitätsmanagementsystem



Integration des Qualitätsvertrags

- Die GAP-Analyse bestätigt: Die Triaplus erfüllt die gesetzlichen Vorgaben nach KVG bereits auf hohem Niveau.
- Umsetzungsplan wird laufend an QVM- und Q-Vorgaben angepasst → Vernehmlassung durch Geschäftsleitung



Praxisbeispiel: Suizidprävention im ambulanten Setting

- Anfang 2018 initiierte die Leitung der Klinik Zugersee eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe.
- Auftrag: Erarbeitung der Anforderungen für ein Suizidpräventionsprojekt an der Klinik Zugersee.
- Daraufhin beauftragte die Geschäftsleitung ein interdisziplinäres Projekt zur Entwicklung eines unternehmensweiten Standards für die Suizidprävention.

Ambulante Suizidprävention – Zentrale Aspekte

Therapeutische Grundlagen

- Entwickeln einer gemeinsamen therapeutischen Haltung
- Klare Zielsetzung der Suizidprävention
- Settinggerechtes Abklärungs- und Massnahmenkonzept mit interdisziplinärer Koordination

Dokumentation & Wissenstransfer

- Optimierung der Dokumentation
- Vereinfachtes Dokumentenmanagement
- Wissenstransfer durch gezielte Schulung und Implementierung
- Systematische Erfassung suizidaler Handlungen und deren Nachbearbeitung

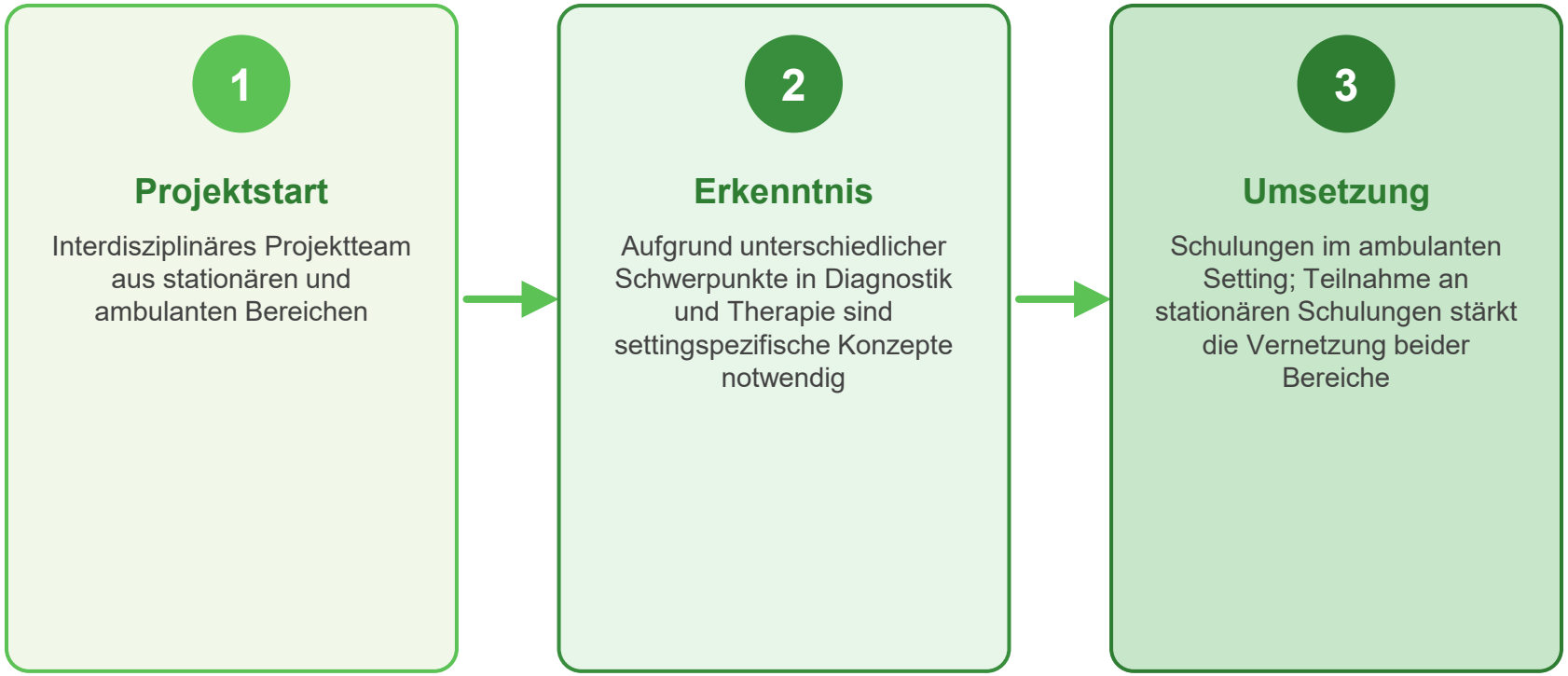
Prävention & Sicherheit

- Stärkung der Sekundärprävention an den Schnittstellen der Behandlungskette
- Bauliche Sicherheitsmassnahmen und Einschränkung der Methodenverfügbarkeit
- Einbezug von Angehörigen

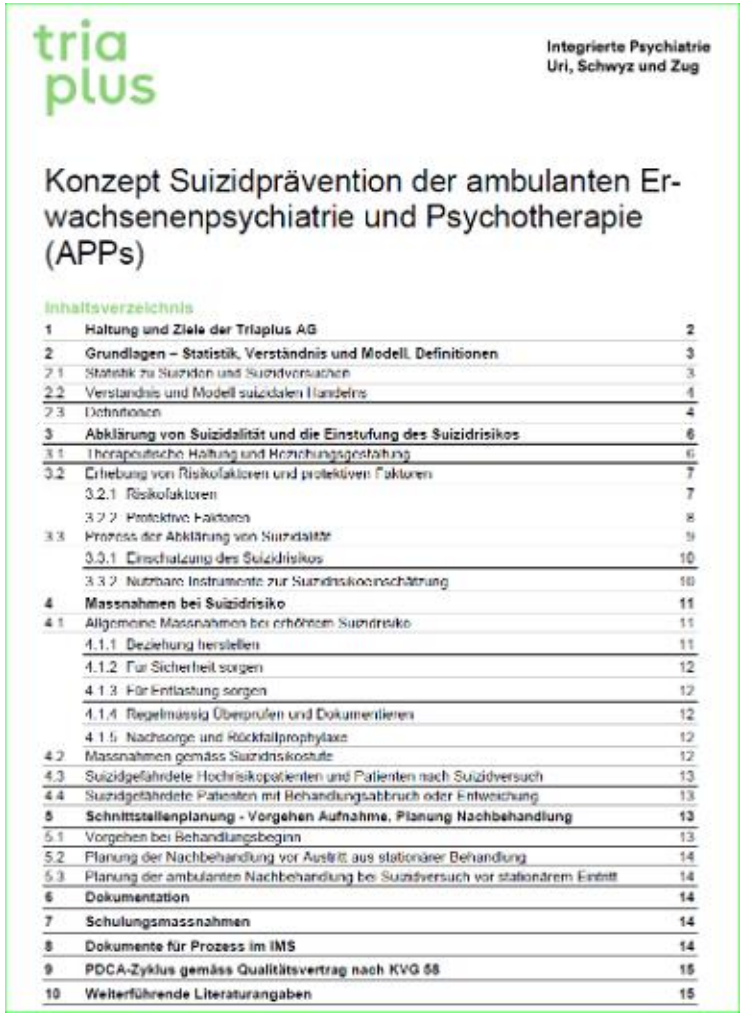
Vernetzung & Teamunterstützung

- Systematische Unterstützung der Behandlungsteams
- Vernetzung mit vor- und nachbehandelnden Stellen
- Regionale und überregionale Fachstellenvernetzung

Projekt Suizidprävention



Konzept Suizidprävention



tria plus

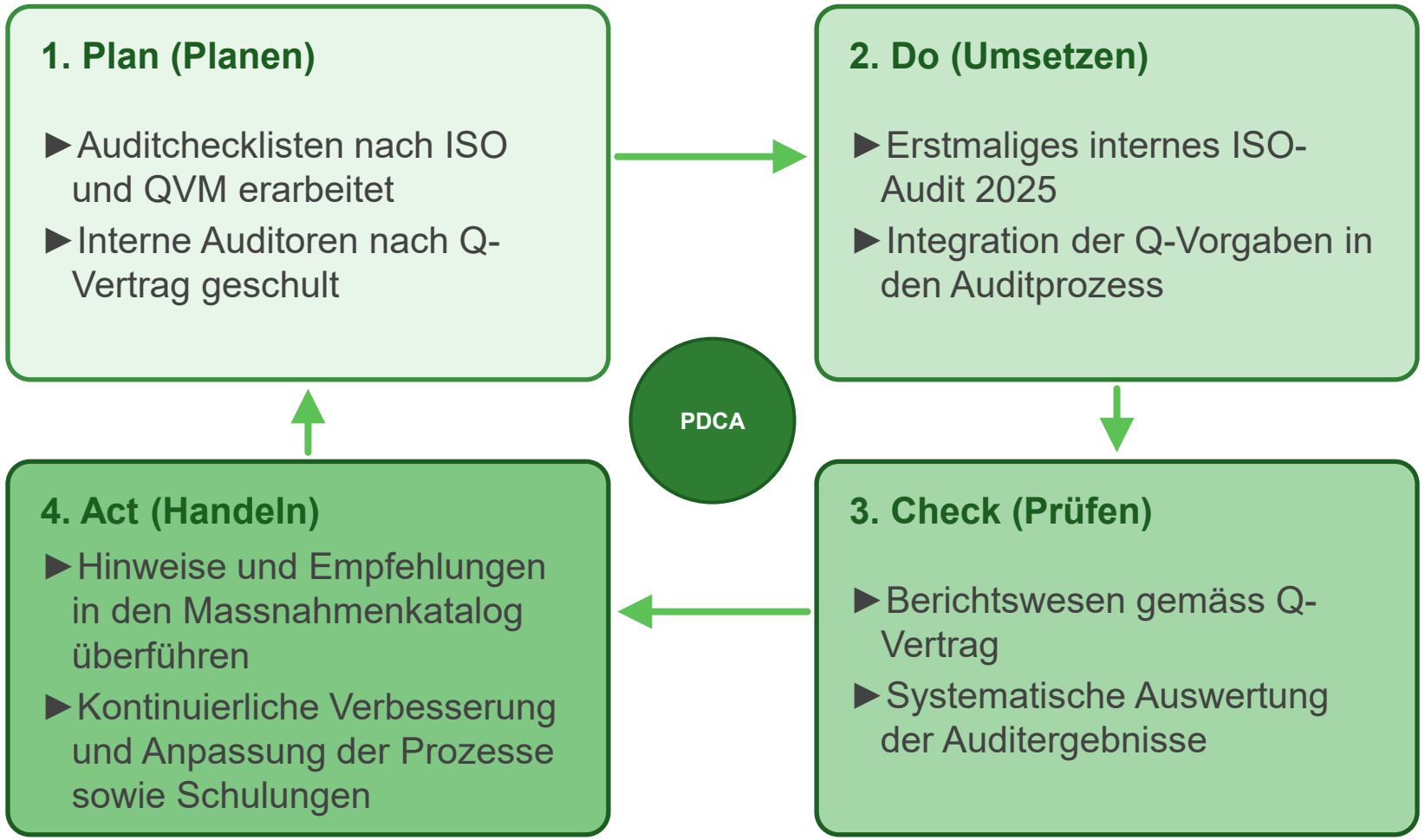
Integrierte Psychiatrie
Uri, Schwyz und Zug

Konzept Suizidprävention der ambulanten Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie (APPs)

Inhaltsverzeichnis

1	**Haltung und Ziele der Triaplus AG**	2
2	**Grundlagen – Statistik, Verständnis und Modell, Definitionen**	3
2.1	Statistik zu Suizidon und Suizidversuchen	3
2.2	Verständnis und Modell suizidalen Handelns	4
2.3	Definitionen	4
3	**Abklärung von Suizidalität und die Einstufung des Suizidrisikos**	6
3.1	Therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung	6
3.2	Erhebung von Risikofaktoren und protektiven Faktoren	7
	3.2.1 Risikofaktoren	7
	3.2.2 Protektive Faktoren	8
3.3	Prozess der Abklärung von Suizidalität	9
	3.3.1 Einschätzung des Suizidrisikos	10
	3.3.2 Nutzbare Instrumente zur Suizidrisikoeinschätzung	10
4	**Massnahmen bei Suizidrisiko**	11
4.1	Allgemeine Massnahmen bei erhöhtem Suizidrisiko	11
	4.1.1 Beziehung herstellen	11
	4.1.2 Für Sicherheit sorgen	12
	4.1.3 Für Entlastung sorgen	12
	4.1.4 Regelmässig Überprüfen und Dokumentieren	12
	4.1.5 Nachsorge und Rückfallprophylaxe	12
4.2	Massnahmen gemäss Suizidrisikostufe	12
4.3	Suizidgefährdete Hochrisikopatienten und Patienten nach Suizidversuch	13
4.4	Suizidgefährdete Patienten mit Behandlungsabbruch oder Entweichung	13
5	**Schnittstellenplanung - Vorgehen Aufnahme, Planung Nachbehandlung**	13
5.1	Vorgehen bei Behandlungsbeginn	13
5.2	Planung der Nachbehandlung vor Austritt aus stationärer Behandlung	14
5.3	Planung der ambulanten Nachbehandlung bei Suizidversuch vor stationärem Eintritt	14
6	**Dokumentation**	14
7	**Schulungsmassnahmen**	14
8	**Dokumente für Prozess im IMS**	14
9	**PDCA-Zyklus gemäss Qualitätsvertrag nach KVG 58**	15
10	**Weiterführende Literaturangaben**	15

Interne Audits – PDCA



Erkenntnisse

1

Integration des Qualitätsvertrags

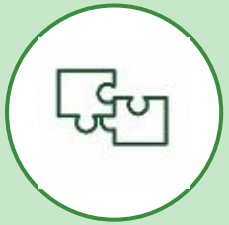
Eingebettet in unser bestehendes integriertes QMS – über laufende Prozesse, Auditchecklisten nach ISO und QVM, das Berichtswesen und geschulte interne Auditoren.



2

Settingspezifische Konzepte

Sehr positiv – etwa die Suizidprävention im ambulanten Setting: konkrete, alltagstaugliche Massnahmen mit klaren Zuständigkeiten und eng eingebundenen Behandlungsteams.



3

Dezentrale Standorte

Einheitliche Prozesse über Uri, Schwyz und Zug bei lokaler Anpassung – gesichert durch den PDCA-Zyklus, ein gemeinsames Berichtswesen und regelmässige interne Audits.



Erkenntnisse und Ausblick

1

Qualitätsvertrag stärkt bestehende Bestrebungen

Der Qualitätsvertrag stärkt unsere bestehenden Bestrebungen und fügt sich nahtlos in das integrierte QMS ein.



2

Fokus auf nachhaltige Behandlungsqualität

Der Qualitätsvertrag nach KVG zielt über systematisches Qualitätsmanagement hinaus auf eine nachhaltig bessere Behandlungsqualität.



3

Konsequente Weiterentwicklung

Wir entwickeln unsere Qualitätsbestrebungen effizient, wirtschaftlich und an Best Practices orientiert weiter – das QMS verbessert die Versorgungsqualität nachhaltig und bleibt ressourcenschonend.



Fragen und Diskussion

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen und den gemeinsamen Austausch.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Triaplus AG
Widenstrasse 55 | 6317 Oberwil-Zug
www.triaplus.ch

Wir freuen uns auf Ihre Fragen und den Austausch.

ERFA-Tagung H+ zum Qualitätsvertrag nach KVG | 10. September 2026

Ihre Spitäler
Vos hôpitaux
I vostri ospedali

Workshop Rehabilitation

QVM und Rehabilitation

Rahel Kena, Leiterin Qualitätsmanagement, Berner Reha Zentrum

Diskussionsrunde

Moderation
Adriana Degiorgi, EOC
Marianne Steimle, H+

BERNER
REHA ZENTRUM
INSELGRUPPE

Qualitätsvertrag Art. 58a KVG
Umsetzung - Erfahrungsaustausch

10.09.2026 Rahel Kena





Berner Reha Zentrum AG – Teil des Konzerns Insel Gruppe



Inselspital, Universitätsspital Bern



Spital Aarberg



Spital und Altersheim Belp



Spital Riggisberg

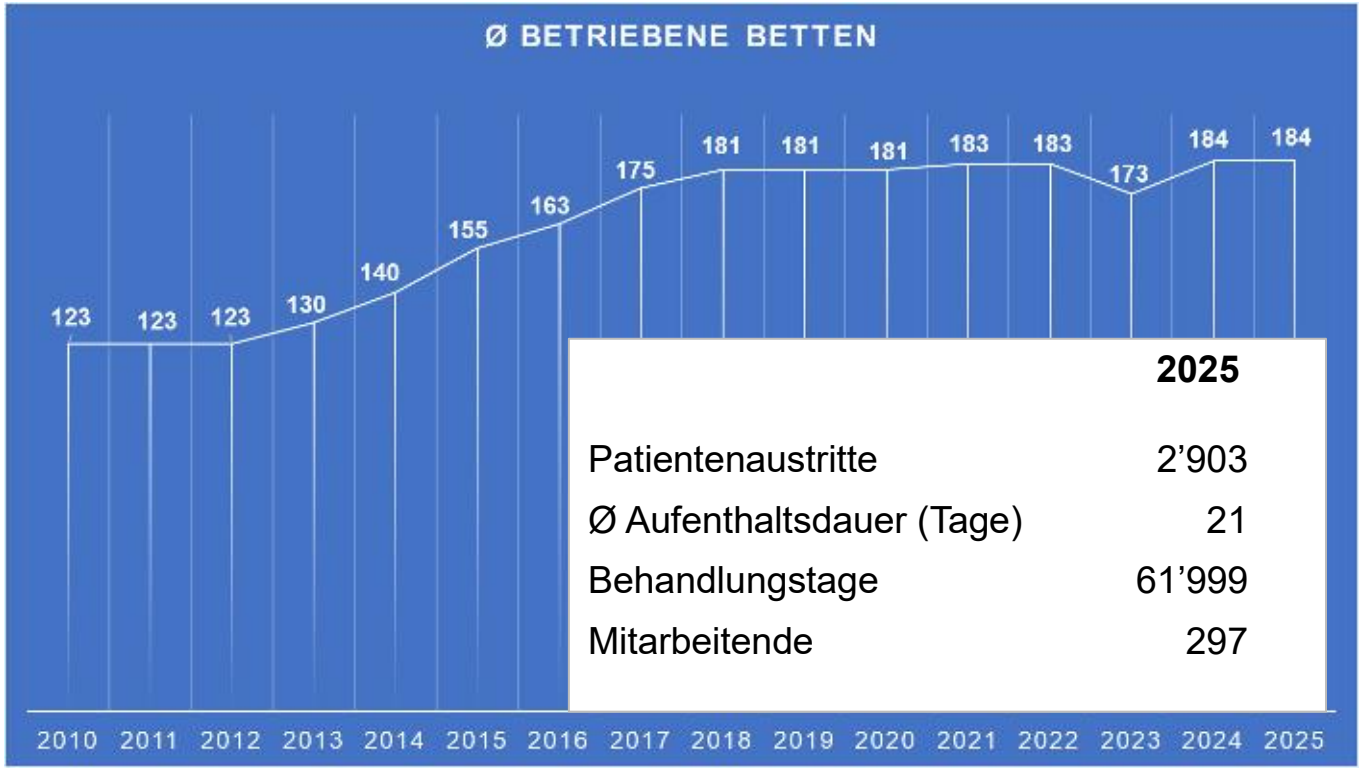


Berner Reha Zentrum
Heiligenschwendi

Eigene Rechtspersönlichkeit (AG)
→ Erfüllt die Anforderungen gemäss Art. 58a KVG als eigenständige rechtliche Einheit.

Leistungsaufträge und Kennzahlen

- Muskuloskelettal,
- Kardiale,
- Pulmonale,
- Internistische & Onkologische und
- Geriatrische Rehabilitation



	2025
Patientenaustritte	2’903
Ø Aufenthaltsdauer (Tage)	21
Behandlungstage	61’999
Mitarbeitende	297



Was bringen uns die QVMs i.R. des QV 58a?
Unser Nutzen

- ✓ **Systematische Qualitätsentwicklung**
  QVM werden geplant, umgesetzt, überprüft und weiterentwickelt = PDCA-Zyklus
- ✓ **Fokus auf Patientennutzen**
  Verbesserte Behandlungsqualität, höhere Patientensicherheit, effizientere Abläufe und eine starke Patientenorientierung
- ✓ **Interprofessionelle Zusammenarbeit**
  Austausch zwischen den Berufsgruppen stärken
- ✓ Das Audit schuf Verbindlichkeit, gab zusätzlichen Umsetzungsimpuls und bestätigte bereits Erreichtes☺

Was bringen uns die QVMs i.R. des QV 58a? Unsere wichtigsten Erkenntnisse nach 2 Jahren

1. **QVM gezielt auswählen**
   mit Bezug zu Kennzahlen, Risiken und strategischen Zielen
2. **PDCA ist anspruchsvoll**
   v.a. die konsequente Überprüfung und Anpassung sowie Verankerung im gesamten Betrieb
3. **Veröffentlichung auf spitalinfo.ch**
   Schafft die Veröffentlichung tatsächlich Transparenz? Für wen?

Qualitätsarbeit ≠ veröffentlichte QVMs

Handlungsfeld / Massnahme	Umsetzungsstand			Betriebsart
Qualitätsmanagementsystem	●	●	○	
Qualitätskultur	●	●	○	
Critical Incident Reporting System (CIRS)	○	○	◉	
Förderung der Speak up Kultur	◉	○	○	R: ☐
Interaktives Lernen im Room of Horrors	◉	○	○	R: ☐
Klinische Simulation am Patienten	◉	○	○	R: ☐
Mitarbeitendenbefragung	○	○	◉	R: ☑
Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	◉	○	○	R: ☐
Systemische Fehleranalyse auf Basis des Londonprotokolls	◉	○	○	R: ☐
Interprofessionelle Teamarbeit mit TeamSTEPPS	◉	○	○	R: ☐
Qualitätszirkel	◉	○	○	R: ☐

Patientensicherheit				
Dekubitusprävention FHV	◉	○	○	R: ☐
Prävention akuter Verwirrtheit	◉	○	○	R: ☐
Freiheitsbeschränkende Massnahmen	○	○	◉	R: ☑
Management der Mangelernährung	○	○	◉	R: ☑
Medication Review	◉	○	○	R: ☐
Modul CAUTI Intervention	◉	○	○	R: ☐
Selbstmanagementförderung bei Krebs	◉	○	○	R: ☐
Sturzprävention	○	○	◉	R: ☑
Strukturierte Patientenübergabe	◉	○	○	R: ☐

Zahlreiche weitere QVMs werden bereits angewendet, jedoch ist der PDCA-Zyklus (noch) nicht durchgängig und vollständig eingeführt.

PDCA-Zyklus – simpel aber...



Ein QVM entfaltet seinen Nutzen erst dann, wenn der gesamte PDCA-Zyklus gelebt wird.

«Sturzprävention machen wir schon lange.» Was verändert die QVM?

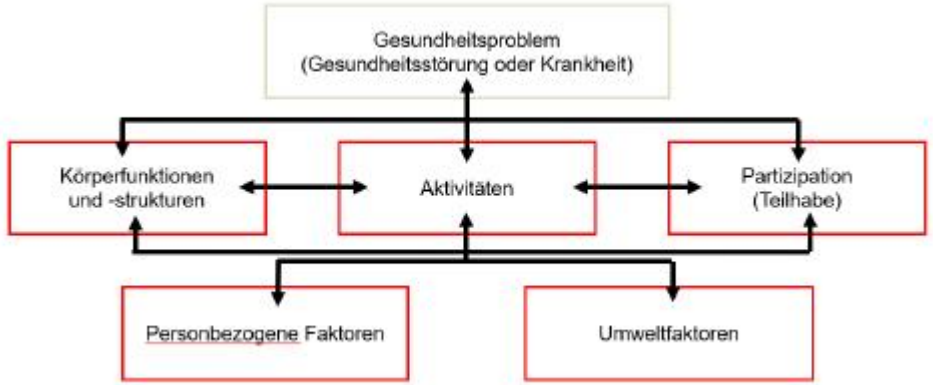
Interprofessionelle Fortbildung

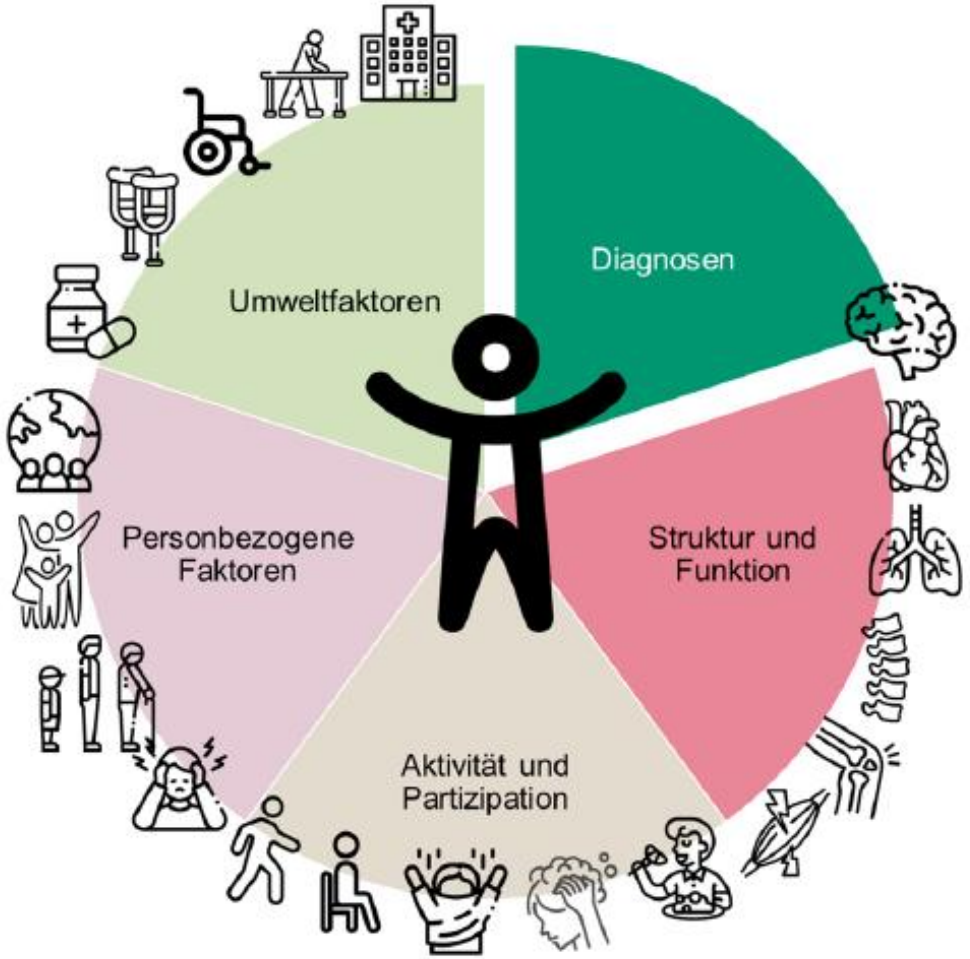


Fortbildung
Sturzrisiko – oft multifaktorielle Ursache!

Das Modell der Funktionsfähigkeit,

um Stürze zu verstehen





Sturzprävention - eine interprofessionelle Aufgabe

Einschätzung des Sturzrisikos – Pilot mit den

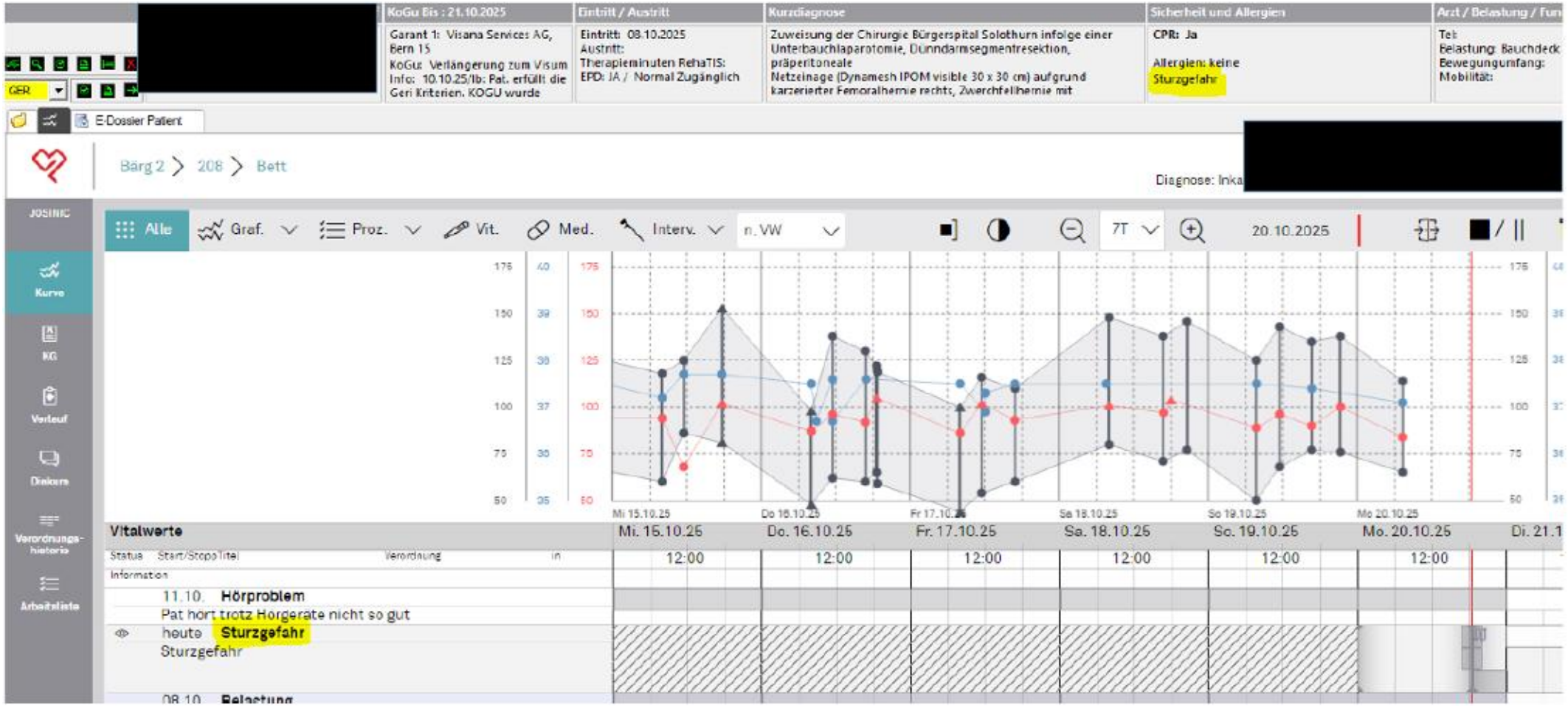
3 Alarmfragen:

1. Sind sie in den letzten 12 Monaten gestürzt? Haben sie sich verletzt?
2. Fühlen sie sich unsicher beim Stehen oder Gehen?
3. Haben sie Angst zu stürzen?

Quelle: Sturzrisiko erkennen I BFU

BERNER
REHA ZENTRUM
INSELGRUPPE

Sturzprävention
eine interprofessionelle Aufgabe



Sind genügend QVMs vorhanden?

Unsere Erfahrung:

Bisher – Ja

Die Herausforderung ist nicht das Finden neuer QVMs.

Die Herausforderung besteht darin,

- die richtigen QVMs auszuwählen,
- sie konsequent im PDCA-Zyklus umzusetzen
- und deren Wirkung nachhaltig nachzuweisen.

BERNER
REHA ZENTRUM
INSELGRUPPE

Rahel Kena

r.kena@rehabern.ch

Berner Reha Zentrum AG, Qualitätsmanagement, CH-3625 Heiligenschwendi



Diskussionsrunde

- **In welchen Handlungsfeldern fehlen aus Ihrer Sicht noch sinnvolle QVMs?**
  - Wo bestehen heute noch Lücken?
  - Welche Themen werden durch die bestehenden QVMs nicht ausreichend abgedeckt?
- **Welche bestehenden Qualitätsaktivitäten hätten Potenzial, als QVM anerkannt zu werden?**
  - Was wird in Ihrer Klinik bereits erfolgreich umgesetzt?
  - Welche Projekte erfüllen den PDCA-Gedanken bereits weitgehend?
- **Wie gelangen neue QVMs in den Qualitätsvertrag?**
  - Wer kann einen Antrag einreichen?

Ihre Spitäler
Vos hôpitaux
I vostri ospedali

Sturzprävention: QVM, ANQ Messung und Überprüfung

Linda Hadorn

Leiterin Geschäftsstelle a.i.

ANQ

Niklaus Bernet

Co-Projektleiter Messung Sturz und Dekubitus

Berner Fachhochschule

Jürgen Maier

Fachführender Pflegeexperte

Universitätsspital Zürich

Sturzprävention: Qualitätsverbesserungsmassnahme, ANQ Messung und Überprüfung

Erfahrungsaustausch zum Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG

10.09.2026

Weltpoststrasse 5 • 3015 Bern
+41 31 511 38 40 • info@anq.ch • anq.ch

ANQ | Einleitung



ANQ | Einleitung

Messen & verbessern





Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences

Messung Sturz und Dekubitus

Nationale Prävalenzmessung

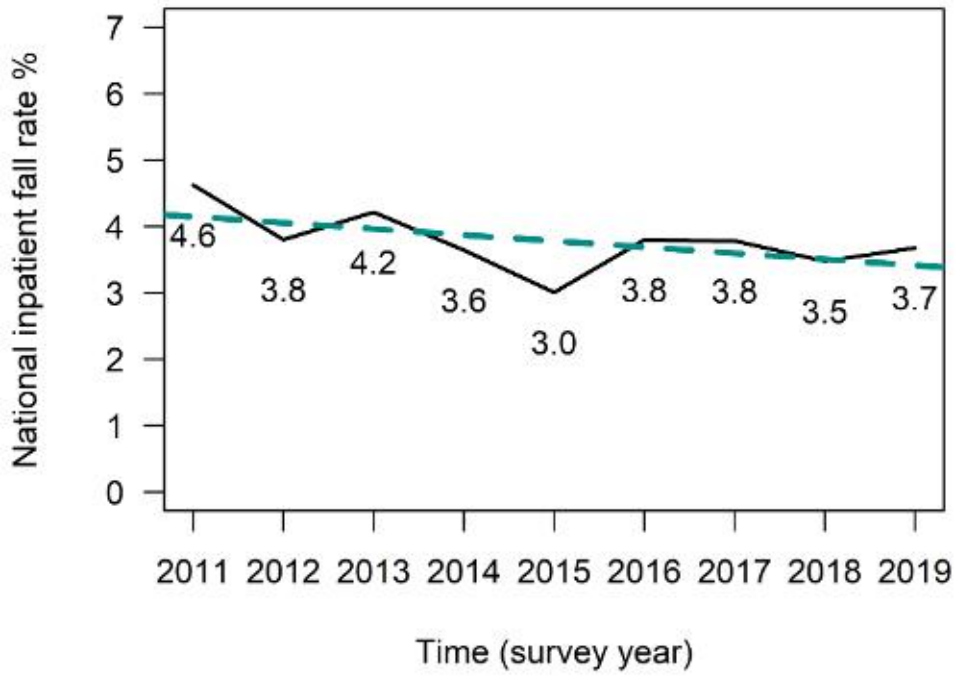


Erwachsene	2019	2020	2021	2022
Sturz & Dekubitus	LPZ	Pandemiebedingte Sistierung		LPZ

Nationale Prävalenzmessung

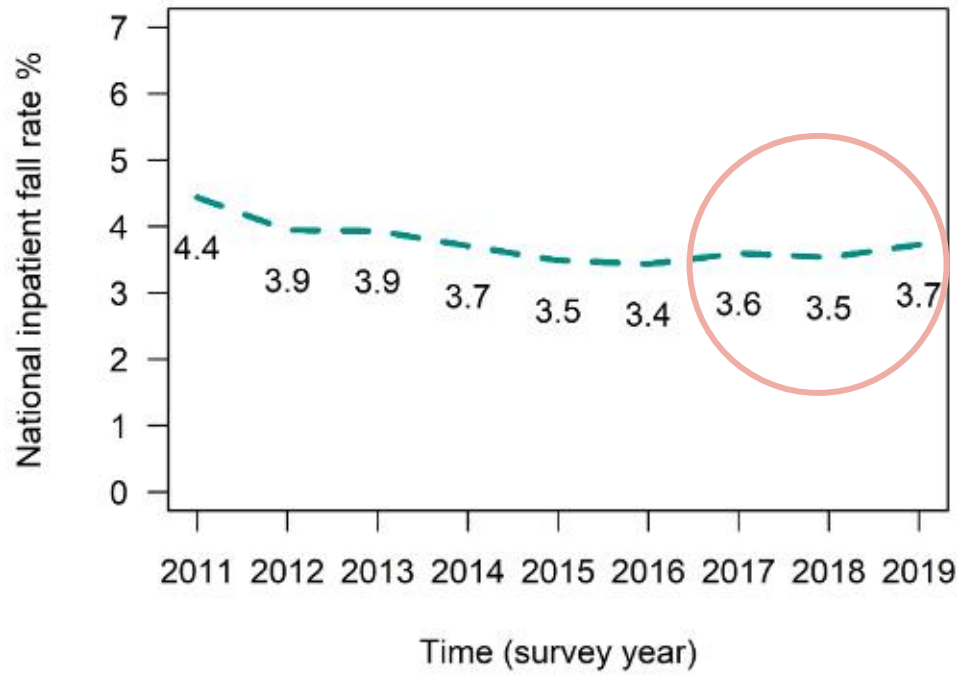
Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences

Nicht-risikoadjustierter Trend



- Lineare Abnahme

Risikoadjustierter Trend



- Nichtlineare Abnahme
- Potenzielle Zunahme

Nationale Prävalenzmessung

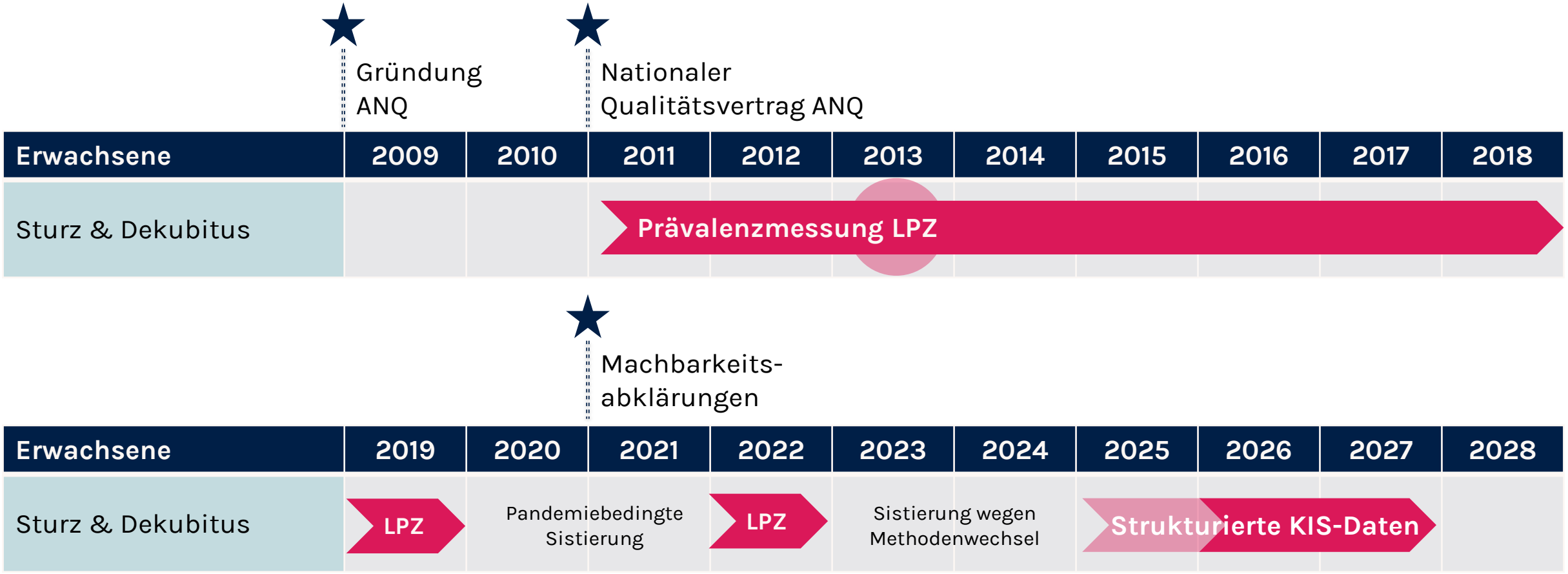
Relevanter Indikator

… ABER…

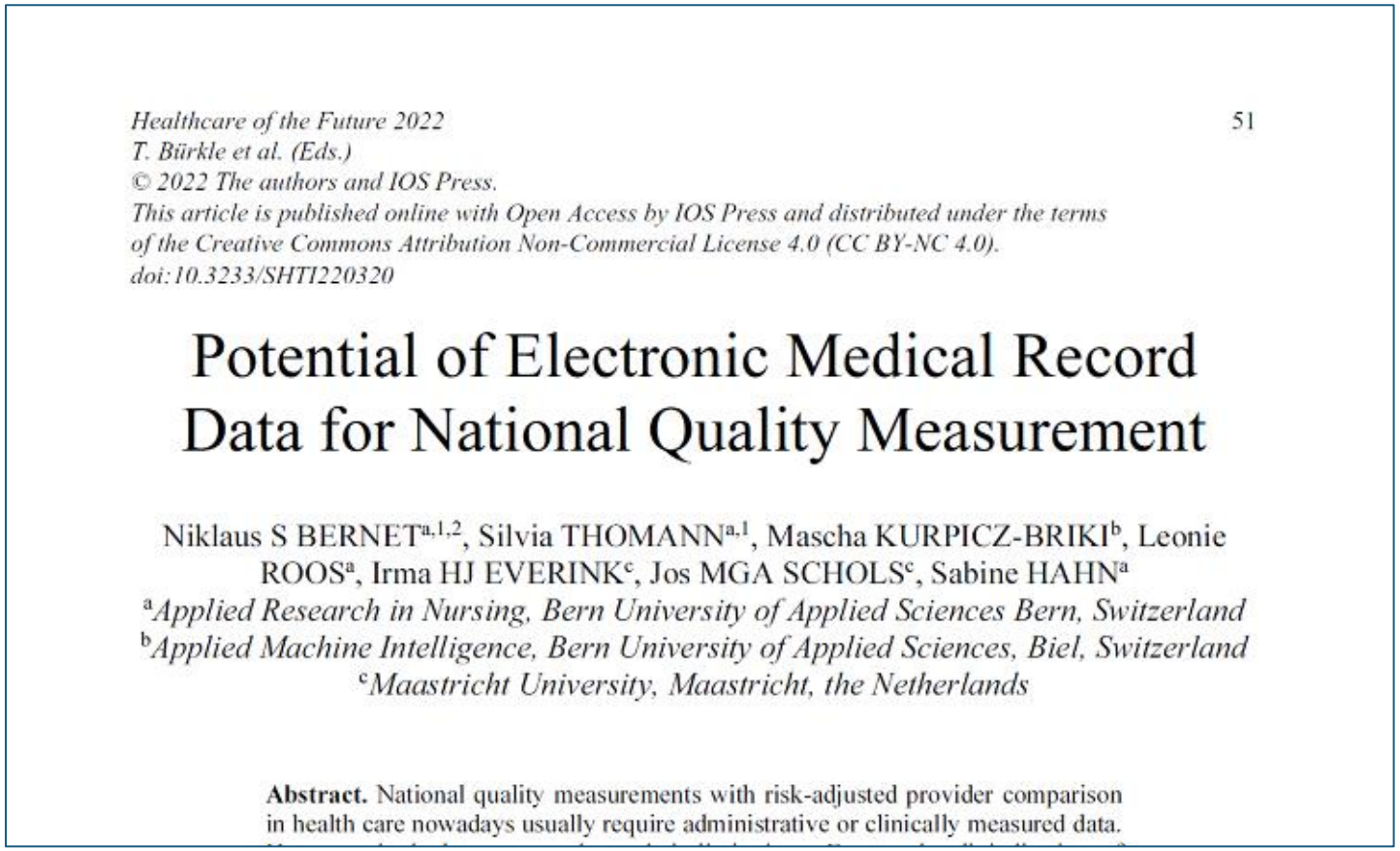
Kritikpunkte:

- Personeller Aufwand
- Kleine Fallzahlen pro Spital
- Selektionsbias
- Daten intern bereits vorhanden

Neue Messung: Strukturierte KIS-Daten



Machbarkeitsabklärung



Healthcare of the Future 2022
T. Bürkle et al. (Eds.)

© 2022 The authors and IOS Press.
This article is published online with Open Access by IOS Press and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License 4.0 (CC BY-NC 4.0).
doi:10.3233/SHTI220320

Potential of Electronic Medical Record Data for National Quality Measurement

Niklaus S BERNET[a,1,2], Silvia THOMANN[a,1], Mascha KURPICZ-BRIKI[b], Leonie ROOS[a], Irma HJ EVERINK[c], Jos MGA SCHOLS[c], Sabine HAHN[a]
[a]*Applied Research in Nursing, Bern University of Applied Sciences Bern, Switzerland*
[b]*Applied Machine Intelligence, Bern University of Applied Sciences, Biel, Switzerland*
[c]*Maastricht University, Maastricht, the Netherlands*

Abstract. National quality measurements with risk-adjusted provider comparison in health care nowadays usually require administrative or clinically measured data.

https://doi.org/10.3233/shti220320

Machbarkeitsabklärung

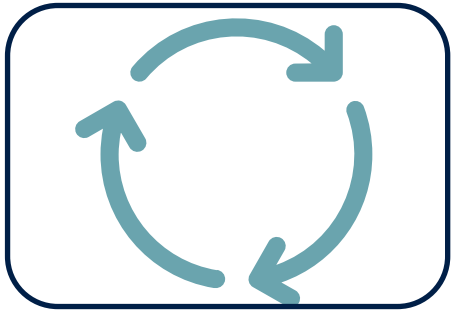
✓

Potenzial

Strukturierte KIS-Daten für nationale Qualitätsmessungen



Reduzierter Personalaufwand



Inzidenzmessung



Minimierung non-response bias



Kontinuierliches Monitoring

Neue Messung: Strukturierte KIS-Daten



Ergebnisse Pilot



KURZBERICHT

ERGEBNISSE PILOTMESSUNG STURZ UND DEKUBITUS 2025

Autorinnen und Autoren: Silvia Thomann, Karin Thomas, Cécile JeanRichard, Niklaus S. Bernet

Version: 1.0

Datum: 28. Mai 2026

https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2026/06/ANQakut_Sturz-Dekubitus_Pilotmessung_Kurzbericht_V1.0.pdf

Bereich	Ergebnis
Beteiligung	62 Standorte
Vollständigkeit	63.0% vollständige Fälle Vollständigkeit pro Variable 81.9% - 100%
Sturz im Spital	2.7%
Sturz mit Folgen	1.1%
Externe Validität	Vergleich mit früheren Messungen und Literatur plausibel
Verbesserungspotenzial	Datenexport und Standardisierung

Potenzial der Methodenentwicklung bestätigt, Fokus nun auf NATIONALE Umsetzung sowie Standardisierung und Datenqualität

- QVM als zentrales nationales Instrument

Ergebnisse Pilot

Strukturierte KIS-Daten eignen sich grundsätzlich für die nationale Messung von Sturz und Dekubitus.

- 62 Standorte, >145'000 Fälle eingeschlossen
- Mehrheit der Daten auswertbar und plausibel
- Qualitätsindikatoren liegen in erwarteten Grössenordnungen
- Erkenntnisse zur Datenqualität ermöglichen gezielte Optimierungen
- Grundlage für Überführung in den Routinebetrieb geschaffen

Fazit: Potenzial der Methodenentwicklung bestätigt, Fokus nun auf NATIONALE Standardisierung und Datenqualität.

- QVM als zentrales nationales Instrument

Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences

Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM): Sturzprävention in Spitälern und Kliniken

QVM Sturzprävention



Qualitätsverbesserungsmassnahme:
Sturzprävention in Spitälern und Kliniken

Ablauf Antrag	Datum
Eingereicht	07.08.2023
fachliche Anerkennung	27.11.2023
vertragliche Anerkennung	08.01.2024
Publikation	Januar 2024
Aktualisierung	Juli 2026

QVM

Machbarkeits-abklärungen

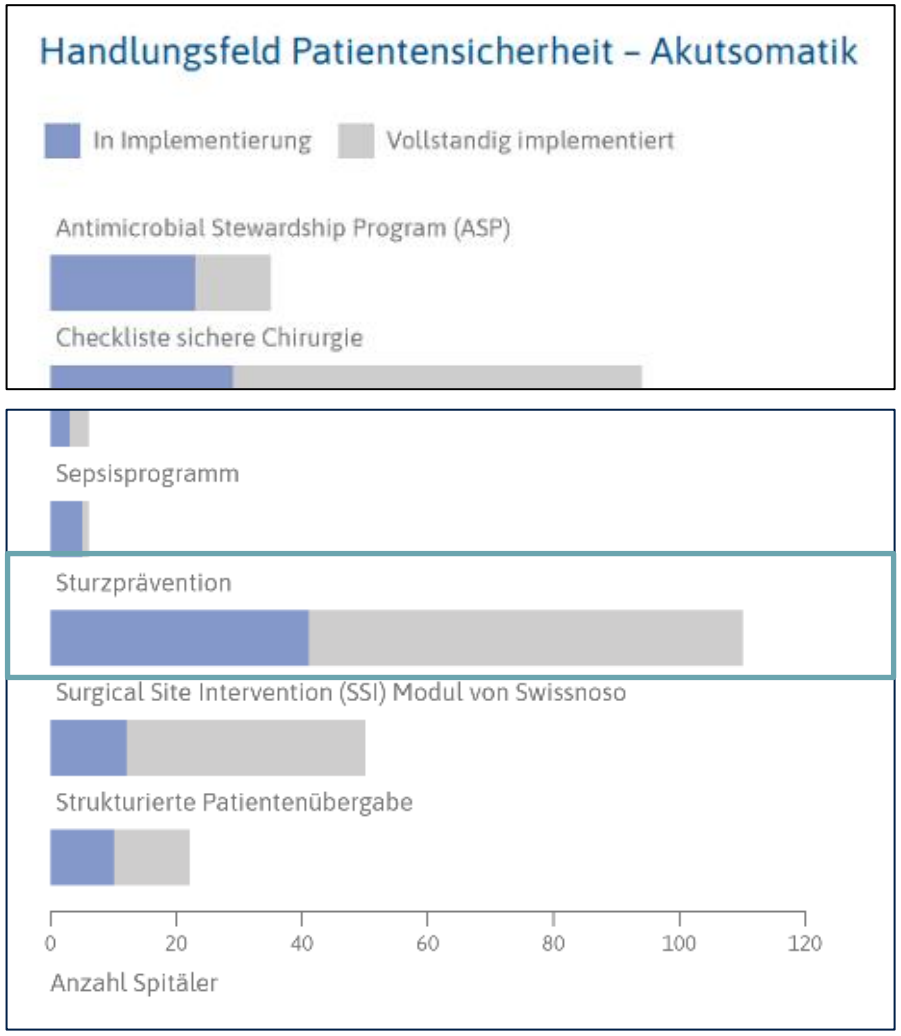
Start Methoden-entwicklung

Pilot

1. Nationale Messung

Erwachsene	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Sturz & Dekubitus	LPZ	Pandemiebedingte Sistierung		LPZ	Sistierung wegen Methodenwechsel		Strukturierte KIS-Daten			

QVM Sturzprävention



- 2026: Sturzprävention ist die meistgewählte QVM in der Akutsomatik
- Fragen nach dem Zusammenhang zwischen QVM und Messung häufen sich

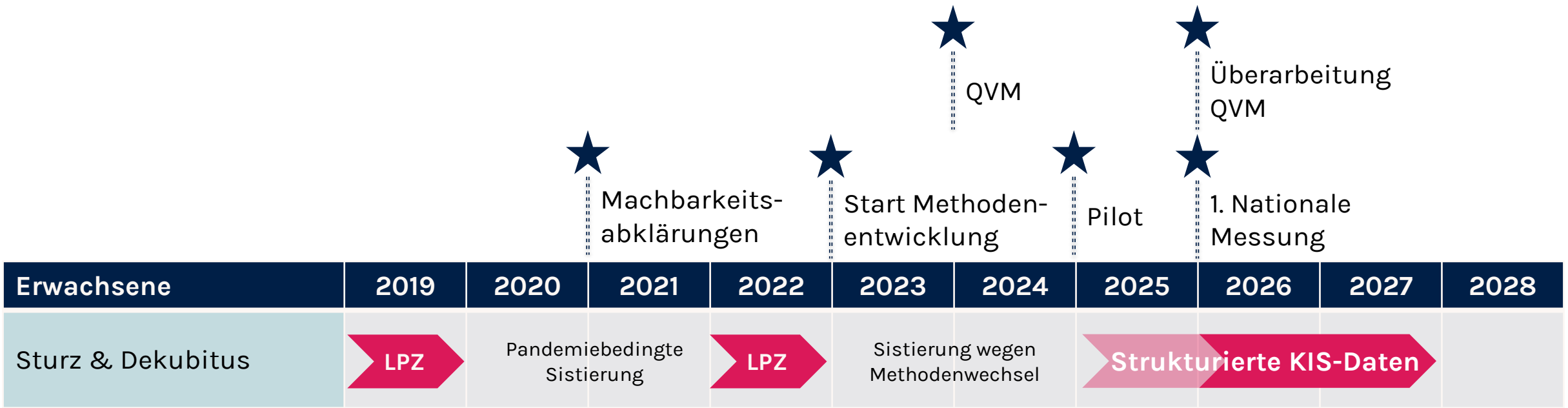
➢ Harmonisierung und Weiterentwicklung

https://www.spitalinfo.ch/q-entwicklung/qualitaetsverbesserungsmassnahmen

Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences

QVM & Messung verbinden

QVM & Messung verbinden



QVM & Messung verbinden



H+
DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

prio.swiss
Der Verband Schweizer Krankenversicherer
L'Association des assureurs-maladie suisses
L'Associazione degli assicuratori-malattia svizzeri

MTK CTM
MEDIZINALTARIF-KOMMISSION UVG
COMMISSION DES TARIFS MÉDICAUX LAA
COMMISSIONE DELLE TARIFFE MEDICHE LAINF

Qualitätsverbesserungsmassnahme:
Sturzprävention in Spitälern und Kliniken

Ablauf Antrag	Datum
Eingereicht	07.08.2023
fachliche Anerkennung	27.11.2023
vertragliche Anerkennung	08.01.2024
Publikation	Januar 2024
Aktualisierung	Juli 2026

- Überarbeitung durch Expertengruppe H+
- Prüfung und Ergänzung durch BFH
- Genehmigung ANQ und H+

https://cug.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Verbesserungsmassnahmen/DE/Sturzpraevention.pdf

QVM & Messung verbinden

Check

- **Poststurzanalyse & systematische Evaluation**

Bezug zu den ANQ-Messungen zu Sturz

Im Rahmen der Evaluation der Sturzprävention sind die Ergebnisse der vorhandenen ANQ-Messungen zu Sturz systematisch einzubeziehen.

Akutsomatik:

In der Akutsomatik erfolgt die Messung der Indikatoren «Sturz im Spital» sowie «Sturz mit Sturzfolgen» im Rahmen der ANQ-Messung *Sturz und Dekubitus*. Die Daten zu Sturz und dessen Folgen werden aus dem Klinikinformationssystem (KIS) exportiert. Die Ergebnisse werden den Spitälern auf Institutionsebene von der w hoch 2 GmbH in einem Dashboard und auf nationaler Ebene von der BFH und ANQ in Form eines nationalen Vergleichsberichts zur Verfügung gestellt.

Alterspsychiatrie:

In Kliniken der Alterspsychiatrie (Kliniktyp V) wird der Messindikator «Sturz» derzeit pilotiert. Analog zur Messung in der Akutsomatik werden die Daten zu Sturz und dessen Folgen aus dem Klinikinformationssystem (KIS) exportiert und die Ergebnisse künftig den Kliniken in einem Dashboard und einem nationalen Bericht zur Verfügung gestellt.

Als zentrale Ergebnisindikatoren werden in den Messungen folgende Inzidenzraten berichtet:

- Inzidenzrate (pro 1000 Pflegetage) von Sturzereignissen im Spital/in der Klinik
- Inzidenzrate (pro 1000 Pflegetage) von Sturzereignissen im Spital/in der Klinik mit Sturzfolgen

Die Ergebnisse der ANQ-Messungen sind im Rahmen der Check-Phase systematisch zu nutzen:

- als zentrale Outcome-KPI zur Beurteilung der Sturzprävention
- zur Identifikation von Verbesserungspotenzialen
- zum Monitoring/Überwachung von Trends über die Zeit
- als Grundlage für internes/externes Benchmarking (sofern verfügbar)

Inhaltliche Überarbeitungen QVM Sturzprävention:

- PDCA
- Harmonisierung von Definition
- Minimalanforderungen an Sturzdokumentation
- Daten aus Messung in QVM nutzen

Zielbild

- Messung verständlich und Kohärent mit QVM verbinden und so eine datengeleitete Qualitätsentwicklung begünstigen!

- Geteilter Code – Interne Analyse 1:1 zu Messung

USZ Universitäts Spital Zürich

Sturzprävention in der Praxis

Richtlinie – Pflegeprozess – Pflegeexpertise

Jürgen Maier, Fachführender Pflegeexperte

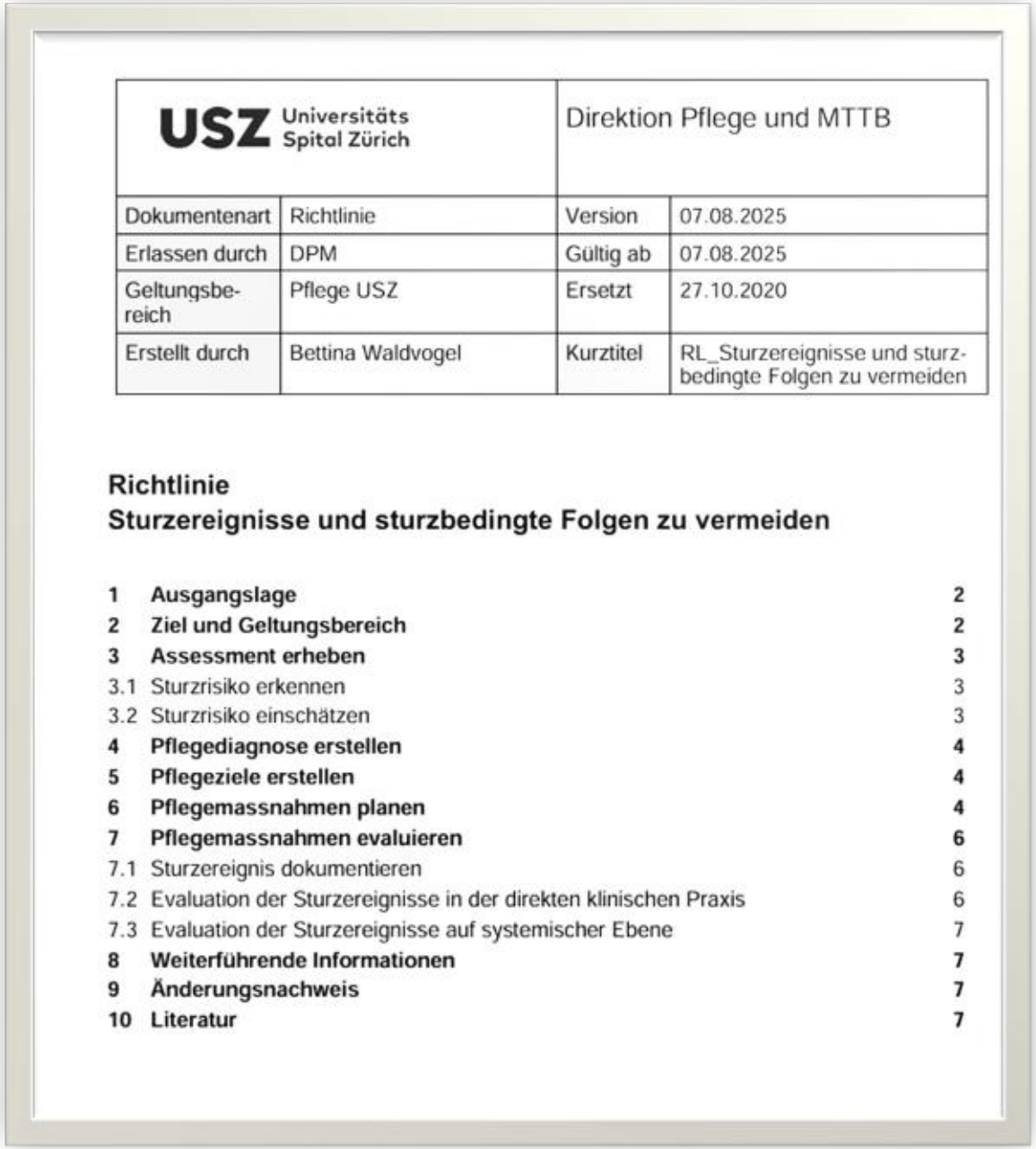
Medizinbereich 1 A

H+ Erfahrungsaustausch zum Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG, Zürich, 10.9.2026

Grundlagen und Vorgaben

Die Sturzprävention im USZ ist in einer Richtlinie geregelt und basiert auf

Erkennen und Einschätzen	Pflegeanamnese und Assessment
Planen	Pflegediagnosen und Pflegeziele
Umsetzen	Pflegeinterventionen
Evaluieren	Pflegebericht Sturzprotokolle



USZ Universitäts Spital Zürich | Direktion Pflege und MTTB

Dokumentenart	Richtlinie	Version	07.08.2025
Erlassen durch	DPM	Gültig ab	07.08.2025
Geltungsbereich	Pflege USZ	Ersetzt	27.10.2020
Erstellt durch	Bettina Waldvogel	Kurztitel	RL_Sturzereignisse und sturzbedingte Folgen zu vermeiden

Richtlinie
Sturzereignisse und sturzbedingte Folgen zu vermeiden

1 Ausgangslage 2
2 Ziel und Geltungsbereich 2
3 Assessment erheben 3
3.1 Sturzrisiko erkennen 3
3.2 Sturzrisiko einschätzen 3
4 Pflegediagnose erstellen 4
5 Pflegeziele erstellen 4
6 Pflegemassnahmen planen 4
7 Pflegemassnahmen evaluieren 6
7.1 Sturzereignis dokumentieren 6
7.2 Evaluation der Sturzereignisse in der direkten klinischen Praxis 6
7.3 Evaluation der Sturzereignisse auf systemischer Ebene 7
8 Weiterführende Informationen 7
9 Änderungsnachweis 7
10 Literatur 7

Sturzprävention im Pflegeprozess

Assessment

- **Kontinuierliche klinische Einschätzung bei Aufnahme und laufend**
- **Signalfragen: Sturzvorgeschichte, Sturzangst, Mobilität, Kognition, Harninkontinenz**
- **ePA-AC**
- **Fokusassessment Sturz: bei wenig Erfahrung/Unsicherheit in der Beurteilung**

Pflegediagnose & Pflegeziele

- **Ergibt die Einschätzung ein Sturzrisiko -> passende Pflegediagnose («Risiko eines Sturzes bei Erwachsenen» nach NANDA, 21/23)**
- **Pflegeziele: messbar und individuell (z.B. «Herr M. stürzt bis zum [Datum] nicht» oder «Die Sturzangst der Patientin ist so weit reduziert, dass sie alltägliche Bewegungen wie z.B. den Transfer vom Bett zum Stuhl angstfrei und sicher durchführt»)**

Pflegemassnahmen: Bewegung & Medikation

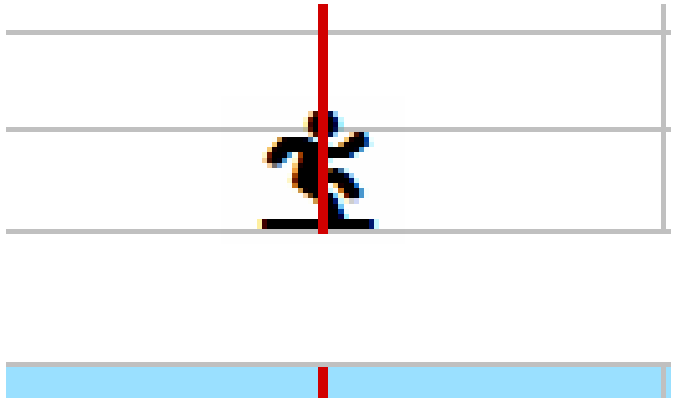
- **Tägliches Gehtraining bei sturzgefährdeten PatientInnen**
- **Einsatz von Hilfsmitteln (z.B. Rollator, Eulenburg…)**
- **Motorisches Training und Aufklärung -> Physiotherapie involvieren**
- **Prüfung sturzbegünstigender Medikamente / Wechselwirkungen bei der Visite (interprofessionell)**

Pflegemassnahmen: Umgebung & Edukation

- **Bett auf tiefste Position, Sturzrisiken vermeiden (Gegenstände am Boden, Nässe), Brille bei Mobilisation**
- **Schuhwerk prüfen: Halt, rutschfeste Sohle oder Antirutschsocken**
- **Niederflurbett –> bei Delir und Sturzgefahr**
- **FEM (Klingelmatte, Sitzwache, Teton…)**
- **Patientenedukation laufend während stationären Aufenthaltes**
- **Angehörigenedukation**

e-PAAC: ergebnisorientiertes PflegeAssessment AcuteCare
NANDA: North American Nursing Diagnosis Association
FEM: Freiheitseinschränkende Massnahmen
Teton: KI-gestütztes Pflegesystem zur Bewegungsüberwachung

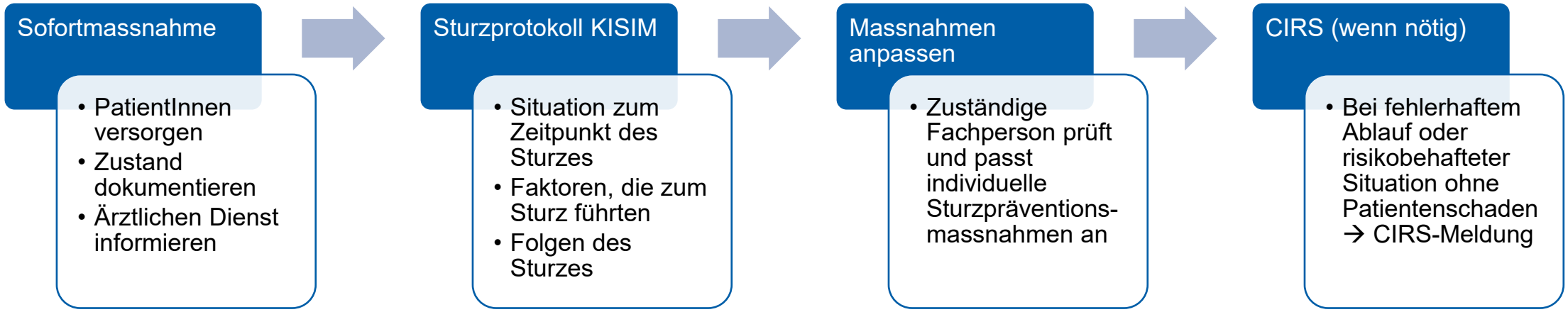
Wenn trotzdem jemand stürzt, gibt die Richtlinie einen strukturierten Ablauf vor



Zentral ist dabei die Erfassung des Sturzereignisses im klinischen Informationssystem



Strukturiertes Vorgehen nach einem Sturzereignis



Evaluation & Qualitätssicherung

- Lokal
  - Pflege-/FachexpertInnen überprüfen regelmässig Massnahmen bei gestürzten und sturzgefährdeten Patient:innen und geben zeitnahe Rückmeldungen ans Team
- Systemisch
  - Monatliches Sturz-Reporting ermöglicht gezielte Massnahmen für Abteilungen, Bereiche sowie USZ-weit
  - Regelmässige Auswertung der Sturz-Reportings in den Fachgremien der Bereiche
  - Monatliche CIRS-Sitzungen in den einzelnen Bereichen
  - ANQ

USZ Universitäts Spital Zürich

Fragen?

Ihre Spitäler
Vos hôpitaux
I vostri ospedali

Ausblick und Abschluss

Manuela Ocaña

Fachverantwortliche Qualität und Patientensicherheit

H+ Ihre Spitäler

Ihre Spitäler
Vos hôpitaux
I vostri ospedali

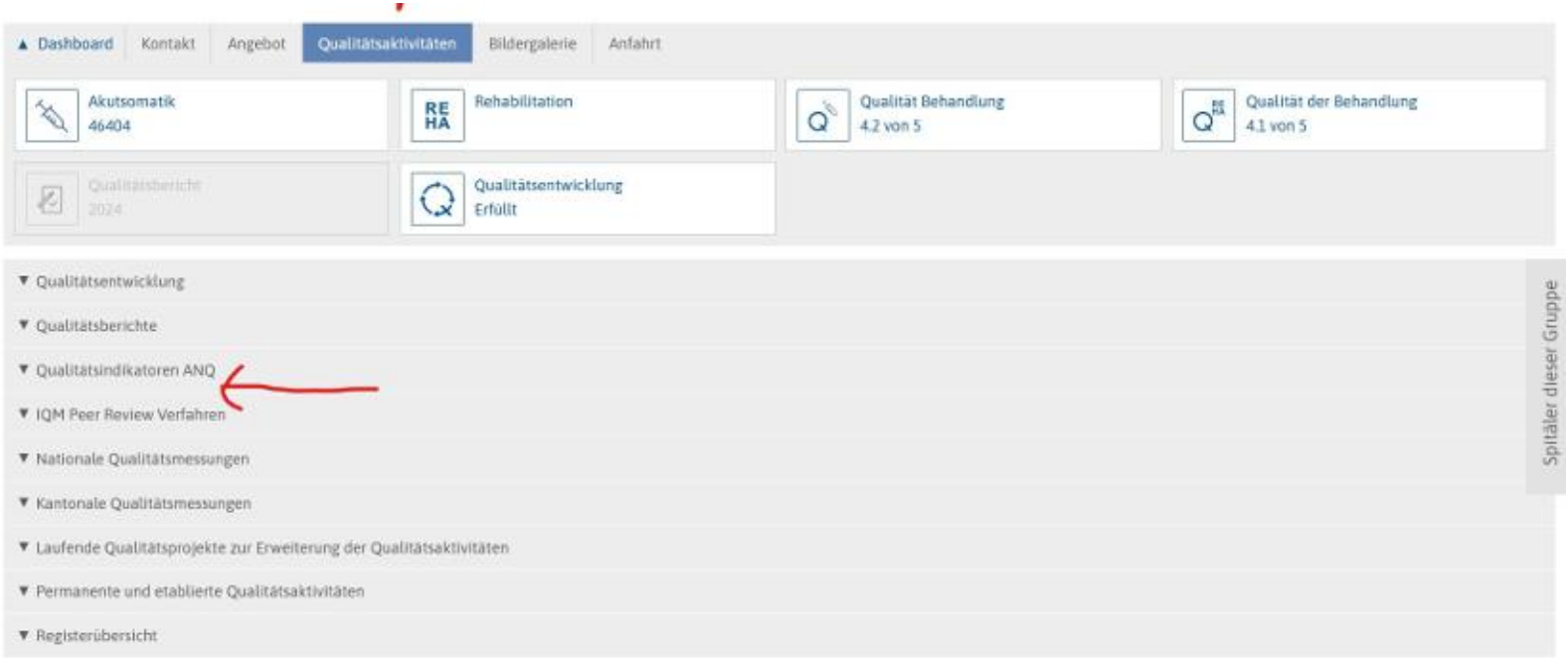
Qualitätsvertrag ab 2028

- Aktivkonferenz am Nachmittag (nur für H+ Mitglieder)
- https://cug.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsvertrag

Spitalinfo.ch: Selbstdeklaration

- Selbstdeklarationen jährlich aktualisieren und vervollständigen
  - Angaben auf Handlungsfeldebene
  - Angaben zum QMS
- Kontaktangaben aktuell halten
- https://qv.hplus.ch

Spitalinfo.ch: Qualitätskontrollen Labors



Spitalinfo.ch: Qualitätskontrollen Labors

Ihre Spitäler
Vos hôpitaux
I vostri ospedali

Qualitätskontrollen Labor

Interne und externe Qualitätskontrollen sind wichtige Massnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in Laboratorien. Dabei prüfen unabhängige Stellen regelmässig, ob ein Labor korrekte und verlässliche Messergebnisse liefert. Entscheidend ist, dass ein Labor an diesen Kontrollen teilnimmt (Kriterien „Teilnahme an internen und externen Qualitätskontrollen") und bei auffälligen Resultaten die Ursachen sorgfältig abklärt sowie Verbesserungen umsetzt (Kriterium „Bestätigung der Durchführung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses bei auffälligen Messergebnissen"). Das Labor ist verpflichtet, die einzelnen Schritte des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in geeigneter Form zu dokumentieren.

Einzelne Auffälligkeiten lassen sich trotz hoher Standards nie vollständig ausschliessen, da Messverfahren komplex sind und viele Faktoren eine Rolle spielen. Zentral ist deshalb die Teilnahme an den Qualitätskontrollen und die Durchführung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Berichtsjahr 2024	
Veröffentlichungsdatum	27.07.2026
Anzahl Laboratorien	1
Teilnahme an internen Qualitätskontrollen	Ja
Teilnahme an externen Qualitätskontrollen	Ja
Bestätigung der Durchführung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses bei auffälligen Messergebnissen	Nein
Messergebnisse pro Testkategorie	Anzahl innerhalb Erfüllungskriterium
Chemie, Hämatologie, Immunologie	100% (58 von 58 Messungen)
Mikrobiologie	100% (2 von 2 Messungen)
somatische Genetik	–

Ihre Spitäler
Vos hôpitaux
I vostri ospedali

Veranstaltungen

ERFA Interprofessionelle Reviews Psychiatrie

- 17. November 2026
- In Bern
- Anmeldung:

Schulungen Materiovigilance

- DE: 28. Januar, 3. Juni, 23. Sept. 2027; H+ Bildung
- FR: Daten noch nicht bekannt; Espace Compétence
- ½ Tag Grundausbildung, ½ Tag Vertiefung für Vigilanzbeauftragte

ERFA QV58a

- 9.9.2027
- Ort: noch offen

Ihre Spitäler
Vos hôpitaux
I vostri ospedali

Feedback

