Ihre Spitäler
Vos hôpitaux
I vostri ospedali

Zweiter Erfahrungsaustausch Umsetzung QV58a

Donnerstag, 10. September 2026
Ort: Universitätsspital Zürich, Zürich

Inhalt

1. Plenum 2
1.1. Patientensicherheit und Arbeitssicherheit – eine gemeinsame Perspektive 2
1.2. Sturzprävention 3

2. Workshop Akutsomatik 4
2.1. WHO Checkliste «Sichere Chirurgie» und ClassIntra® 4
2.2. Patient Blood Management 4
2.3. Network on Safe Procedures 4

3. Workshop Psychiatrie 5

4. Workshop Rehabilitation 6

Mit finanzieller Unterstützung der Eidgenössischen Qualitätskommission

1. Plenum

Der zweite Erfahrungsaustausch zur Umsetzung des Qualitätsvertrags stand unter dem Motto „Synergien und neue Ansätze“. Im Fokus standen der Austausch von Praxiserfahrungen, unterschiedliche Perspektiven sowie das gemeinsame Lernen zur Umsetzung des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG. Nach einem gemeinsamen Einstieg zum Thema Arbeits- und Patientensicherheit folgten fachspezifische Workshops für Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation sowie ein abschliessender Austausch zu übergreifenden Verbesserungsmassnahmen.

1.1. Patientensicherheit und Arbeitssicherheit – eine gemeinsame Perspektive

Mirela Caçi, CHUV

Der Beitrag zeigte auf, dass Patientensicherheit und Sicherheit der Mitarbeitenden eng miteinander verbunden sind und auf gemeinsamen Faktoren wie Organisation, Kultur, Ausbildung und Führung beruhen. Anhand von Beispielen wurde deutlich, wie sich Arbeits- und Patientensicherheit gegenseitig beeinflussen:

- **Unterstützung von second victims**
  Um Folgefehler zu verhindern, braucht es ein strukturiertes Unterstützungs-angebot für second victims und eine langfristige Betreuung in Zusammenarbeit mit ausgebildeten Peers, Arbeitsmedizin, Psychiatrie und Juristen. Von einer strukturierten und langfristigen Unterstützung profitieren sowohl betroffene Mitarbeitende wie auch Patient:innen.

- **Just Culture**
  Fehler und kritische Ereignisse sollen nicht primär zur Schuldzuweisung, sondern zur systematischen Analyse und zum Lernen genutzt werden. Dabei wird jedoch zwischen menschlichem Fehler, riskantem Verhalten und bewussten Regelverstössen unterschieden. Eine offene und vertrauensvolle Meldekultur schafft die Grundlage dafür, dass Vorfälle gemeldet, Ursachen erkannt und Verbesserungsmassnahmen umgesetzt werden. Gleichzeitig wurde aufgezeigt, dass die Just Culture dort Grenzen hat, wo rechtliche oder disziplinarische Verantwortlichkeiten berührt werden.

- **Melde- und Lernsysteme**
  CIRS kann genutzt werden, um wirksame und nachhaltige Verbesserungs-massnahmen abzuleiten, die sowohl auf die Sicherheit der Patient:innen, wie auch auf die Organisation und Arbeitsbedingungen des Personals zielen.

- **Risikomanagement**
  Eine integrierte Struktur zur Bewertung von Risiken aus Patient:innen- und Mitarbeitendensicht erlaubt die Identifikation von Hauptrisiken, Massnahmen zur Risikominderung und Priorisierungen, mit dem Ergebnis, dass die ergriffenen Massnahmen zur Stärkung der Arbeits- und Patientensicherheit beitragen.

- **Integrierte erfahrungsbasierte Auswertung**
  Es wurde aufgezeigt, wie Rückmeldungen und Erfahrungen von Patient:innen, Angehörigen und Mitarbeitenden systematisch aufgenommen und für Verbesserungen genutzt werden können. Ein Beispiel ist die Mediation, die Konflikte aufnimmt, zuhört,

den Dialog unterstützt und daraus Impulse für Verbesserungsmassnahmen ableitet. Eine strukturierte Erfassung und gemeinsame Auswertung der Rückmeldungen schafft Vertrauen, erleichtert das Monitoring und ermöglicht es, übergreifende Verbesserungen gezielt zu identifizieren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Sicherheit ein Thema mit zwei Gesichtern ist. Arbeits- und Patientensicherheit sind eng miteinanderverknüpft. Es gibt verschiedene Ansatzpunkte, die beide Bereich verknüpfen können und eine gemeinsame Betrachtung der Risiken, Qualität und Sicherheit stärkt den Schutz von Patient:innen und Gesundheitsfachpersonen.

1.2. Sturzprävention

Linda Hadorn (ANQ), Niklaus Bernet (BFH), Ines Kadiç (USZ)

Im Fokus stand die Weiterentwicklung der nationalen Qualitätsmessung zu Sturz. Der bisherige Ansatz der Prävalenzmessung bringt zwar relevante Erkenntnisse, ist jedoch mit erheblichem personellem Aufwand verbunden. Die Pilotierung zeigte, dass strukturierte Daten aus dem klinischen Informationssystem (KIS) grundsätzlich für nationale Messungen geeignet sind und gleichzeitig ein kontinuierliches Monitoring mit geringerem Aufwand ermöglichen.
Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Verknüpfung der Verbesserungsmassnahme (VM) Sturzprävention mit der Messung. Die VM wurde inhaltlich überarbeitet und stärker mit der Datenerhebung harmonisiert, unter anderem durch gemeinsame Definitionen, Mindestanforderungen an die Sturzdokumentation und die Nutzung der Messdaten für die Qualitätsentwicklung. Ziel ist eine verständliche und kohärente Verbindung von Messung und VM, damit Daten gezielt für die kontinuierliche Verbesserung genutzt werden können.

Am USZ ist die Sturzprävention verbindlich in den Pflegeprozess integriert und basiert auf einer kontinuierlichen Einschätzung des individuellen Sturzrisikos. Darauf aufbauend werden passende Pflegediagnosen und individuelle Pflegeziele definiert sowie konkrete Massnahmen umgesetzt. Das kann von Geh- und Mobilisationstraining über die Überprüfung von Medikamenten bis hin zu Anpassungen der Umgebung und gezielter Patienten- und Angehörigenschulung verschiedene Massnahmen beinhalten.
Kommt es dennoch zu einem Sturz, sorgt ein strukturierter Ablauf für die Versorgung, Dokumentation und Anpassung der Präventionsmassnahmen. Die systematische Erfassung im klinischen Informationssystem sowie regelmässige Auswertungen, Reportings und CIRS-Sitzungen ermöglichen es, aus den Ereignissen zu lernen und die Sturzprävention auf Ebene der einzelnen Abteilungen wie auch organisationsweit kontinuierlich weiterzuentwickeln.

2. Workshop Akutsomatik

2.1. WHO Checkliste «Sichere Chirurgie» und ClassIntra®

Salome Dell-Kuster, Universitätsspital Basel, USB

Die beiden Instrumente «Sichere Chirurgie» und ClassIntra® können miteinander verknüpft werden. Die Checkliste dient der Prävention von postoperativen Komplikationen, währenddem mit ClassIntra intraoperative Komplikationen erfasst werden. Im Rahmen des Projekts CIBOSurg wurde die systematische Erfassung der intraoperativen Ereignissen und die Erhöhung der Compliance mit dem Sign-out der Checkliste beabsichtigt.
Am Universitätsspital Basel konnte mit der Umsetzung des Projekts die Compliance-Rate beim Sign-Out von 2.5% auf 87% gesteigert werden innerhalb von zwei Jahren. Die Rate war ein Jahr später noch weiter angestiegen (94%). Am CHUV, welches bereits eine hohe Compliance Rate vor Projektstart hatte, konnte gezeigt werden, dass die Durchführungsqualität gesteigert wurde.
CIBOSurg stellt viele Hilfsunterlagen, inkl. eLearning zur Verfügung. Interessierte Spitäler können Kontakt aufnehmen.

2.2. Patient Blood Management

Donat Spahn, Alliance Rouge

Patient Blood Management (PBM) verfolgt einen evidenzbasierten, multidisziplinären Ansatz zur Optimierung der Versorgung von Patientinnen und Patienten rund um das Thema Blut und Transfusionen. Im Zentrum stehen die frühzeitige Erkennung und Behandlung von präoperativer Anämie, die Minimierung von perioperativen Blutverlusten sowie die Vermeidung unnötiger Bluttransfusionen.
Die Umsetzung von PBM erfordert dabei ein abgestimmtes Vorgehen über verschiedene Fachbereiche und Behandlungsschritte hinweg. Korrekt umgesetzt kann die Mortalität gesenkt, die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer, Anzahl Spitalinfektionen, Herzinfarkte und Hirnschläge reduziert werden. Zudem werden weniger Blutprodukte verwendet. Durch den geringeren Verbrauch an Blutprodukten konnten in einer Studie am Universitätsspital Zürich in einem Jahr über 3.5 Mio CHF an Einkaufskosten für Blutprodukte eingespart werden.
Die grössten Hürden zur Einführung des PBM in den Spitälern sind fehlende Finanzierungsanreize im SwissDRG-System, die grosse Variabilität bei der Umsetzung durch die Spitäler und fehlende PBM-Qualitätsindikatoren auf nationaler Ebene.
Alliance Rouge als Schweizer Interessensgemeinschaft zur Förderung des PBM unterstützt die Spitäler bei der Einführung und Umsetzung durch Schulungen, Toolkits und Beratungen.

2.3. Network on Safe Procedures

Karma Brunner, Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Das Swiss Network on Safe Procedures ist eine interaktive Plattform für Fachpersonen in operativen, diagnostischen und interventionellen Disziplinen in der ganzen Schweiz. Sie stellt Informationen zu sicherheitsrelevanten Themen bereit, ermöglicht den Austausch in einem Diskussionsforum, bietet einen Kompetenz-Pool rund um sicherheitsrelevante Themen und organisiert Veranstaltungen zur Vernetzung und zum Wissensaustausch.
Die Inhalte der Plattform sind in den drei Landessprachen Deutsch, Französisch und Italienisch verfügbar; eine integrierte automatische Übersetzungsfunktion ermöglicht den

Austausch über Sprachgrenzen hinweg. Die Plattform bietet eine einfache Möglichkeit, den Erfahrungsaustausch zur Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme «Checkliste Sichere Chirurgie» zu fördern und den Wissenstransfer zwischen verschiedenen Organisationen auf nationaler Ebene zu stärken – beispielsweise um lokale Entwicklungen wie Spezialchecklisten miteinander zu teilen und zu diskutieren. Kernfunktionen sind:

- Fachinhalte
- Diskussionsforum
- Kompetenz-Pool
- Veranstaltungen

Die Plattform richtet sich an Fachpersonen aller Berufsgruppen und Tätigkeitsfelder der operativen, diagnostischen und interventionellen Disziplinen und bietet einen geschützten Rahmen für den Austausch.

3. Workshop Psychiatrie

Ambulantes Setting als Herausforderung in der Psychiatrie
Petra Reusser, Leiterin Qualitäts- und Risikomanagement, Triaplus AG

im ersten Teil der Präsentation zeigt Frau Reusser praxisnah, wie Triaplus im psychiatrisch-ambulanten Setting schrittweise ein integriertes Qualitätsmanagementsystem aufbaut und den Qualitätsvertrag nach KVG 58a darin verankert. Als Organisation mit neun Standorten in drei Kantonen steht Triaplus vor der Aufgabe, unterschiedliche Kulturen, Abläufe und gewachsene Strukturen zusammenzuführen, während der ambulante Versorgungsbedarf weiter zunimmt.

Der Aufbau des QMS dauert insgesamt sechs Jahre und umfasst rund 120’000 Arbeitsstunden. Er beginnt mit einer umfassenden Betriebsanalyse und entwickelt sich mit externer Begleitung sowie der Mitarbeit von Personen aus allen Bereichen und teilweise auch unter Einbezug von Patient:innen schrittweise weiter. So entsteht ein QM, das im Alltag tief verankert ist und gleichzeitig die organisatorische Zusammenführung der Standorte sowie ein gemeinsames Qualitätsverständnis fördert.

Heute verbindet das integrierte QMS von Triaplus Qualitäts-, Prozess- und Risikomanagement in einem gemeinsamen Rahmen. Es umfasst Management-, Kern- und Supportprozesse, wird von CEO, Geschäftsleitung und Verwaltungsrat getragen und mit dem PDCA-Zyklus laufend weiterentwickelt. Der Stab Qualitäts- und Risikomanagement ist dabei direkt dem CEO unterstellt – das unterstreicht den strategischen Stellenwert des QM. Frau Reusser rät auf Frage aus dem Publikum, das QMS und insbesondere die Prozesslandkarte einfach und «straight forward» zu halten.

Eine Gap-Analyse zeigte, dass die Anforderungen des Qualitätsvertrags nach KVG bereits weitgehend erfüllt sind und sich gut in die bestehenden, ISO-zertifizierten Strukturen integrieren lassen. Der Qualitätsvertrag wird somit nicht zu einem zusätzlichen Instrument, sondern als Bestandteil eines bereits bestehenden integrierten Systems umgesetzt. Zentral für die erfolgreiche Implementierung des Q-Systems bleibt aber das ungebrochene Commitment aus der Geschäftsleitung.

Im zweiten Teil zeigt Frau Reusser am konkreten Beispiel der Suizidprävention, wie Qualitätsentwicklung im ambulanten Setting konkret und wirksam umgesetzt werden kann. Entscheidend ist dabei, dass solche Projekte nicht isoliert entstehen, sondern

sowohl von der Führung getragen als auch von den Teams im Alltag mitgestaltet werden. Gerade die Kombination aus Top-down-Unterstützung und Bottom-up-Initiative macht es möglich, settingspezifische Lösungen zu entwickeln, die wirklich passen.

Die Erfahrungen von Triaplus zeigen aber auch deutlich: In der Psychiatrie gibt es keine Standardlösung nach dem One-size-fits-all-Prinzip. Ambulante und stationäre Settings stellen unterschiedliche Anforderungen und brauchen deshalb klar definierte, passgenaue Konzepte. Das Suizidpräventionskonzept mit seinen modularen Bausteinen, gezielten Schulungen, der systematischen Dokumentation und der Vernetzung mit externen Fachstellen zeigt, wie sich das Modell und damit auch die Qualität nachhaltig stärken lässt.

Mit dem integrierten QMS, dem PDCA-Zyklus und den internen Audits wird die Entwicklung der Suizidprävention laufend überprüft und weiterentwickelt. Entscheidend bleibt dabei, für den PDCA-Zyklus geeignete und evidenzbasierte Outcomeindikatoren zu finden. Besonders in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt sich jedoch, wie anspruchsvoll es ist, die Wirksamkeit von Suizidprävention im ambulanten Setting zuverlässig zu messen, weil geeignete Indikatoren häufig fehlen.

Fazit von Frau Reusser:
Der Qualitätsvertrag nach KVG ist kein zusätzliches Konstrukt neben dem bestehenden System, sondern eine sinnvolle Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit. Er baut auf dem integrierten QMS auf und stärkt, was bereits gut funktioniert. Entscheidend ist dabei nicht das Verfahren an sich, sondern der Beitrag zu einer nachhaltig besseren Behandlungsqualität. Ein gutes QMS schafft dafür die notwendige Grundlage: effizient, wirtschaftlich und an Best Practices orientiert.

Die Botschaft an alle: Mit einem soliden QMS als Grundlage wird der Qualitätsvertrag zur Chance, nicht zur Belastung. Was für ein schönes Votum!

4. Workshop Rehabilitation

Rahel Kena, Leiterin Qualitätsmanagement und Assistentin der Geschäftsleitung des Berner Reha Zentrum AG, stellte die Erfahrungen ihrer Institution mit der Umsetzung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) vor. Schwerpunkte der Präsentation waren die Auswahl geeigneter QVM, die praktische Anwendung des PDCA-Zyklus sowie die Bedeutung von Audits für die nachhaltige Qualitätsentwicklung.

Die strukturellen Mindestanforderungen zur HAI Prävention wurden von Rehabilitationskliniken als interessante Option betrachtet. Mehrere Einrichtungen gaben an, dass sie die meisten Anforderungen bereits erfüllen und diese QVM daher gut zu ihren bestehenden Aktivitäten passt. Einzelne Elemente, beispielsweise postoperative Umfragen, werden jedoch nicht umgesetzt, da diese aufgrund fehlender operativer Eingriffe nicht relevant sind.

Kleinere Institutionen äusserten Schwierigkeiten bei der Auswahl einer geeigneten QVM beziehungsweise dabei, die drei obligatorischen QVM im Handlungsfeld Patientensicherheit zu erfüllen. Sie empfinden das aktuelle Angebot teilweise als wenig passend für ihre Situation und fühlen sich unter Druck gesetzt, QVM umzusetzen, die ihren Bedürfnissen nicht entsprechen. Das Moderationsteam wies darauf hin, dass viele dieser Häuser bereits zahlreiche qualitätsrelevante Aktivitäten durchführen und deshalb

ermutigt werden sollten, eigene, passende QVM einzureichen. In diesem Zusammenhang erinnerte H+ an den angestrebten Bottom-up-Ansatz.

Der Wunsch nach Kennzahlen für die einzelnen Handlungsfelder wurde geäussert und diskutiert. Solche Kennzahlen könnten den Kliniken zusätzliche Orientierung bieten und aufzeigen, in welchen Bereichen weiterer Handlungsbedarf besteht. Einzelne Kliniken erachteten dies jedoch nicht als zwingend notwendig, da Kennzahlen allein bestehende Herausforderungen nicht lösen würden.

Ebenfalls diskutiert wurde die Frage der Vergleichbarkeit zwischen kleinen und grossen Häusern. Dass für Institutionen unterschiedlicher Grösse dieselben Anforderungen gelten, wird teilweise als ungerecht empfunden. Aus dem Publikum kam der Vorschlag, dass Kliniken vermehrt eigene QVM einreichen und sich aktiv an der Weiterentwicklung der Anforderungen beteiligen sollten. Auch formelle Änderungsanträge bestehender QVM wurden als Möglichkeit genannt, die Rahmenbedingungen aktiv mitzugestalten. Zudem wurden die Finanzierung und der administrative Aufwand im Zusammenhang mit der Umsetzung von QVM diskutiert. Insbesondere kleinere Kliniken äusserten die Wahrnehmung, dass ihre Qualitätsarbeit bereits gut etabliert sei, sie für die Erfüllung der Anforderungen jedoch über deutlich weniger personelle und finanzielle Ressourcen verfügten als grössere Häuser. Vor diesem Hintergrund wurde die Verhältnismässigkeit des Aufwands sowie die Gleichbehandlung unterschiedlich grosser Institutionen kritisch hinterfragt.

Mehrere kleinere Kliniken brachten die Idee ein, sich zu vernetzen und gegebenenfalls eine Arbeitsgruppe zu gründen. Ziel wäre es, gemeinsam passende QVM zu entwickeln und als eigene Vorschläge einzureichen. Dadurch könnten die spezifischen Bedürfnisse kleinerer Institutionen besser berücksichtigt und der Bottom-up-Ansatz aktiv unterstützt werden. Eine konkrete Idee: Sexualgesundheit.

Fazit: Die Diskussion zeigte den Wunsch nach mehr Flexibilität und Mitgestaltung bei der Auswahl von QVM. Insbesondere kleinere Institutionen wünschen sich passgenauere Optionen, eine stärkere Berücksichtigung ihrer Rahmenbedingungen sowie zusätzliche Orientierungshilfen in Form von Kennzahlen. Gleichzeitig wurde betont, dass bereits bestehende Qualitätsaktivitäten sichtbarer gemacht und über eigene QVM eingebracht werden sollten. In diesem Zusammenhang wurde auch die Idee diskutiert, dass sich kleinere Kliniken in einer Arbeitsgruppe organisieren, um gemeinsam geeignete QVM zu entwickeln und einzureichen. Neben dem Wunsch nach mehr Flexibilität wurde auch die Bedeutung einer angemessenen Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen kleinerer Institutionen hervorgehoben. Insbesondere der administrative Aufwand und die Finanzierung der Qualitätsaktivitäten wurden als wichtige Herausforderungen genannt.