



**Landesspital**

Liechtenstein



# Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H<sup>+</sup>

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2025.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen sind im Inhaltsverzeichnis alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Die schweizerische Spital- und Kliniklandschaft ist sehr heterogen, entsprechend unterschiedlich sind auch die Fallzahlen. Werte von Spitälern und Kliniken mit kleinen Fallzahlen sind statistisch weniger robust und mehr von zufälligen Schwankungen betroffen. Auch lassen sich aus den Ergebnissen keine Rückschlüsse auf die Fallschwere der Patientinnen und Patienten und den damit verbundenen Behandlungs- und Ressourcenaufwand der Institutionen ableiten.

In Bezug auf die nationalen Qualitätsmessungen des ANQ ist insbesondere zu erwähnen, dass bei der Publikation der Ergebnisse sorgfältig auf faire Spital- und Klinikvergleiche geachtet wird. Von Spital- oder Klinikranglisten sieht der ANQ entschieden ab. Sämtliche Resultate der Qualitätsmessungen geben nur Teilaspekte der Gesamtqualität eines Spitals oder einer Klinik wieder und jede Methode hat ihre Chancen und Grenzen.

Zudem werden jeweils die aktuell, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

## Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

## Kontaktperson Qualitätsbericht 2025

Herr  
Mario Elmer  
Leitung Organisationsentwicklung & Qualitätsmanagement  
004232354482  
[mario.elmer@landesspital.li](mailto:mario.elmer@landesspital.li)

## **Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualittsgeschehen**

Die H+ Qualittsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Die Informationen hierzu werden auch in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) dargestellt.

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

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

Um das Ausfllen der Vorlage zum Qualitätsbericht zu vereinfachen und den Aufwand zu reduzieren, sind unter anderem neu direkte Links zu den Nationalen Messungen und Befragungen (ANQ) auf den jeweiligen Spitalprofilen auf [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) gesetzt worden.

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

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Impressum .....</b>                                                                                                                                                             | <b>2</b>  |
| <b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen .....</b>                                                                                             | <b>3</b>  |
| <b>1 Einleitung .....</b>                                                                                                                                                          | <b>6</b>  |
| <b>2 Organisation des Qualitätsmanagements .....</b>                                                                                                                               | <b>7</b>  |
| 2.1 Organigramm .....                                                                                                                                                              | 7         |
| 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....                                                                                                                              | 7         |
| <b>3 Qualitätsstrategie .....</b>                                                                                                                                                  | <b>8</b>  |
| 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025 .....                                                                                                                 | 8         |
| 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025 .....                                                                                                                            | 9         |
| 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....                                                                                                                             | 9         |
| <b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten .....</b>                                                                                                                       | <b>10</b> |
| 4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG .....                                                                                                                                | 10        |
| 4.2 Teilnahme an nationalen Messungen .....                                                                                                                                        | 11        |
| 4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen<br><i>Seitens Fürstentum Liechtenstein sind keine Messungen vorgegeben. Wir führen eigene, spitalinterne Messungen durch.</i> |           |
| 4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....                                                                                                        | 12        |
| 4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....                                                                                                                                       | 13        |
| 4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....                                                                                                                                       | 15        |
| 4.6 Registerübersicht .....                                                                                                                                                        | 16        |
| 4.7 Zertifizierungsübersicht .....                                                                                                                                                 | 17        |
| <b>QUALITÄTSMESSUNGEN .....</b>                                                                                                                                                    | <b>18</b> |
| <b>Erhebung der Patientenerfahrung .....</b>                                                                                                                                       | <b>19</b> |
| <b>5 Patientenerfahrung .....</b>                                                                                                                                                  | <b>19</b> |
| 5.1 Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik .....                                                                                                               | 19        |
| 5.2 Eigene Befragung .....                                                                                                                                                         | 20        |
| 5.2.1 Interne Patientenbefragung stationär .....                                                                                                                                   | 20        |
| 5.2.2 Interne Patientenbefragung ambulant .....                                                                                                                                    | 21        |
| 5.3 Beschwerdemanagement .....                                                                                                                                                     | 22        |
| <b>6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern</b><br><i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.</i>                                        |           |
| <b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b><br><i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.</i>                                                           |           |
| <b>8 Zuweiserzufriedenheit .....</b>                                                                                                                                               | <b>23</b> |
| 8.1 Eigene Befragung .....                                                                                                                                                         | 23        |
| 8.1.1 Zuweiserbefragung 2025 .....                                                                                                                                                 | 23        |
| <b>Behandlungsqualität .....</b>                                                                                                                                                   | <b>24</b> |
| <b>Messungen in der Akutsomatik .....</b>                                                                                                                                          | <b>24</b> |
| <b>9 Wiedereintritte</b><br><i>Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.</i>                                                                                 |           |
| <b>10 Operationen .....</b>                                                                                                                                                        | <b>24</b> |
| 10.1 Hüft- und Knieprothetik .....                                                                                                                                                 | 24        |
| <b>11 Infektionen .....</b>                                                                                                                                                        | <b>25</b> |
| 11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen .....                                                                                                                  | 25        |
| <b>12 Stürze .....</b>                                                                                                                                                             | <b>27</b> |
| 12.1 Eigene Messung .....                                                                                                                                                          | 27        |
| 12.1.1 Stürze intern, 2025 .....                                                                                                                                                   | 27        |
| <b>13 Dekubitus</b><br><i>Aufgrund fehlerhafter Stammdatenqualität kann im Berichtsjahr keine Messung erfolgen.</i>                                                                |           |
| <b>Psychiatriespezifische Messungen .....</b>                                                                                                                                      | <b>0</b>  |
| <b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung</b>                                                                                                              |           |

|                                                          |                                                                                           |           |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|                                                          | <i>Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.</i>    |           |
| <b>Rehaspezifische Messungen</b>                         |                                                                                           | <b>0</b>  |
| <b>15</b>                                                | <b>Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit</b>                                  |           |
|                                                          | <i>Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.</i>    |           |
| <b>Weitere Qualitätsaktivitäten</b>                      |                                                                                           | <b>0</b>  |
| <b>16</b>                                                | <b>Weitere Qualitätsmessungen</b>                                                         |           |
|                                                          | <i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.</i> |           |
| <b>17</b>                                                | <b>Projekte im Detail</b>                                                                 | <b>29</b> |
| 17.1                                                     | Aktuelle Qualitätsprojekte                                                                | 29        |
| 17.1.1                                                   | Einführung eines Dokumenten- und Prozessmanagements                                       | 29        |
| 17.1.2                                                   | Etablierung der M&M Konferenzen                                                           | 29        |
| 17.1.3                                                   | Neuaufgabe Ideenmanagement                                                                | 30        |
| 17.1.4                                                   | Patientensicherheit                                                                       | 30        |
| 17.2                                                     | Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025                                     | 31        |
| 17.2.1                                                   | Digitalisierung Patientenpfad und Patientendossier                                        | 31        |
| 17.3                                                     | Aktuelle Zertifizierungsprojekte                                                          | 31        |
| 17.3.1                                                   | sanaCERT Re-Zertifizierung März 2026                                                      | 31        |
| 17.3.2                                                   | REKOLE                                                                                    | 31        |
| 17.3.3                                                   | Prozess- und Dokumentenmanagement                                                         | 31        |
| <b>18</b>                                                | <b>Schlusswort und Ausblick</b>                                                           | <b>32</b> |
| <b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> |                                                                                           | <b>33</b> |
| Akutsomatik                                              |                                                                                           | 33        |
| <b>Herausgeber</b>                                       |                                                                                           | <b>34</b> |

## 1 Einleitung

Das Landesspital Liechtenstein ist eine öffentlich-rechtliche Stiftung und verfügt über rund 40 stationäre Betten. Als medizinischer Grundversorger in Liechtenstein beschäftigt das Landesspital rund 200 Mitarbeitende. Zur Führung werden Spitalleitungsmitglieder und Abteilungsleitungen gezählt, welchen mindestens eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter unterstellt ist.

Das Landesspital ist von der SIWF / FMH anerkannt, um Ärzte auszubilden. Zusätzlich bietet das Spital Ausbildungsplätze in den Bereichen Pflege, Hauswirtschaft, Kaufmännischer Bereich und Gastronomie an.

Qualität betrifft im Landesspital alle und ist in Allem das Leitmotiv. Als modernes Regionalspital unterhält das Landesspital eine vertikale Kooperation mit dem Kantonsspital Graubünden in Chur, ein ausgewiesener Servicepartner, welcher über ein breites und qualitativ hochstehendes medizinisches Angebot in allen Bereichen der modernen Medizin verfügt. So können der liechtensteinischen und regionalen Bevölkerung mehr qualitativ hochstehende Leistungen im eigenen Spital – also im eigenen Land – ermöglicht werden.

Es werden nach Bedarf weitere Kooperationen mit ausgewählten Partnern gepflegt.

Das Landesspital arbeitet mit einem hybriden Betriebsmodell, das sowohl das Chefarzt- als auch das Belegarztsystem einschliesst.

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

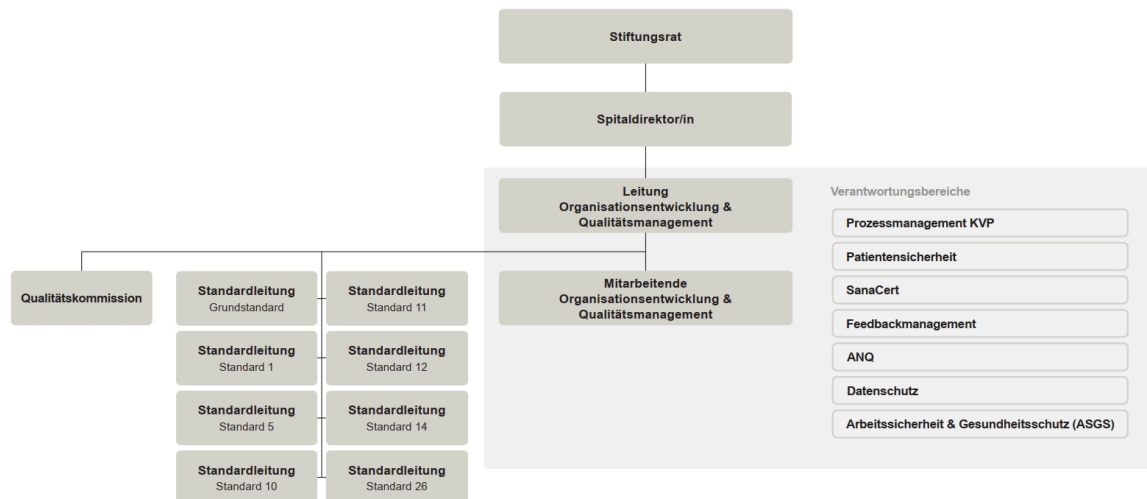
## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

#### Organigramm

Qualitätsmanagement

Version: Januar 2026



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **150** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Dr. med. Jochen Steinbrenner  
 Spitaldirektor, Vorsitzender der Spitalleitung  
 004232354422  
[jochen.steinbrenner@landesspital.li](mailto:jochen.steinbrenner@landesspital.li)

Herr Mario Elmer  
 Leitung Organisationsentwicklung &  
 Qualitätsmanagement, Qualitätsbeauftragter  
 004232354482  
[mario.elmer@landesspital.li](mailto:mario.elmer@landesspital.li)



### 3 Qualitätsstrategie

*Im Zuge der organisatorischen Umstrukturierungen haben sich die Spitalleitung und der Stiftungsrat des Landesspitals Liechtenstein neu formiert. Die Zusammenarbeit wurde mit dem Ziel neu ausgerichtet, die strategische und operative Führung enger zu verzahnen und gemeinsam die Unternehmensziele konsequent umzusetzen.*

*Der Qualitätsanspruch des Landesspitals Liechtenstein ist als verbindliches Leistungsversprechen in der Unternehmensstrategie fest verankert. Grundlage bilden die gesetzlichen Vorgaben, die Anforderungen aus dem Qualitätsvertrag mit H+ Die Spitäler der Schweiz, sowie die leistungsspezifischen Vorgaben des Zürcher Modells.*

*Zur Sicherstellung der gemeinsamen strategischen Ausrichtung führen Stiftungsrat und Spitalleitung jährlich eine Strategieklausur durch. Auf Basis von Trendanalysen, Statusberichten, SWOT-Analysen und betriebswirtschaftlichen Kennzahlen werden Vision, Strategie, Werte und Unternehmensziele überprüft und bei Bedarf angepasst.*

*Dabei werden die strategischen Erfolgsfaktoren, Schwerpunktziele sowie die wesentlichen Handlungsfelder und Initiativen für die Folgejahre festgelegt. Bei Bedarf werden zur Konkretisierung einzelner Themen Teilstrategien erarbeitet, darunter auch die Qualitätsstrategie.*

*Die Qualitätsstrategie ist im strategischen Handlungsfeld «Patienten & Qualität» verankert und leitet die qualitätsrelevanten Zielsetzungen des Hauses ab. Das Landesspital nimmt seine Verantwortung für Qualitätssicherung, Qualitätsförderung und Patientensicherheit umfassend wahr. Qualität wird als zentraler Ausdruck der Patientenorientierung verstanden und im Sinne des PDCA-Qualitätskreislaufs kontinuierlich weiterentwickelt.*

*Das Landesspital orientiert sich an den Qualitätsstandards der Stiftung sanaCERT Suisse. Neben dem Grundstandard Qualitätsmanagement ist das Landesspital seit 2023 in sieben weiteren Standards zertifiziert und unterzieht sich im Frühjahr 2026 einer ersten Re-Zertifizierung. Die Zertifizierung bestätigt die Erfüllung definierter Qualitätsanforderungen und die Verpflichtung zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung.*

*Qualität ist Bestandteil der Unternehmensführung und verbindlicher Massstab im täglichen Handeln. Sie basiert insbesondere auf folgenden Grundsätzen:*

- Patientinnen, Patienten sowie Kundinnen und Kunden stehen im Zentrum
- Qualität betrifft alle Mitarbeitenden
- Kontinuierliche Verbesserung und Eigenverantwortung sind verbindliche Führungsprinzipien
- Fachkompetenz, soziales Verhalten und unternehmensbezogenes Handeln bilden die Grundlage der Zusammenarbeit

*Die Qualität ist damit explizit in den Unternehmenszielen verankert und integraler Bestandteil der gemeinsamen Führungsverantwortung von Spitalleitung und Stiftungsrat.*

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

##### **Nationaler Qualitätsvertrag Schweiz (QV58a)**

*Nebst der Auswahl der Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM's) wurde das bestehende Qualitätskonzept anhand der Vorgaben für das Qualitätsmanagement-System (QMS) überarbeitet. Weiter wurden und werden auch weiterhin die QVM's konzeptartig erarbeitet / überarbeitet. Dieses Thema wird das Qualitätsmanagement weiter beschäftigen, da wir hier schrittweise vorangehen und die QVM's implementieren werden.*

##### **Neuorganisation Organisationsentwicklung & Qualitätsmanagement**

*Aufgrund personeller Fluktuation war die Abteilung Organisationsentwicklung & Qualitätsmanagement im Berichtszeitraum mit veränderten Rahmenbedingungen und neuen Herausforderungen konfrontiert.*



Mehrere langjährige Mitarbeitende haben das Landesspital verlassen, wodurch ein personeller und fachlicher Übergang aktiv gestaltet werden musste. Gleichzeitig bot diese Veränderung die Möglichkeit zur internen Weiterentwicklung: Der bisherige Mitarbeiter der Abteilung übernahm die Leitung Organisationsentwicklung & Qualitätsmanagement und entwickelte sich damit innerhalb des Landesspitals in seiner Führungsverantwortung weiter. Parallel dazu wurde die Grundausbildung «Qualitätsmanager im Gesundheitswesen» erfolgreich abgeschlossen, wodurch die fachliche Qualifikation zusätzlich gestärkt werden konnte. Zur weiteren Sicherstellung der Qualitätsmanagementaufgaben wurde zudem eine im Qualitätsmanagement erfahrene Mitarbeiterin mit einem Pensum von 50% neu angestellt.

Durch diese personellen und fachlichen Massnahmen konnte gewährleistet werden, dass die bestehenden Prozesse sowie das operative Tagesgeschäft im Qualitätsmanagement kontinuierlich und ohne Unterbruch weitergeführt wurden.

### **Inspektionen, Audits und Vorbereitung Re-Zertifizierung im Frühjahr 2026**

In der zweiten Jahreshälfte 2025 fanden im Landesspital Liechtenstein mehrere externe Audits, Überprüfungen und Inspektionen statt. Dazu gehörten unter anderem Inspektionen durch Swissmedic, des Swiss Safety Centers im Bereich ASGS, eine Apothekeninspektion, die REKOLE®-Überprüfung, eine Brandschutzinspektion sowie eine Lebensmittelkontrolle. Dank der bereichsübergreifend koordinierten Vorbereitung und der aktiven Mitwirkung des Qualitätsmanagements konnten sämtliche Audits und Inspektionen erfolgreich durchgeführt und mit sehr guten Ergebnissen abgeschlossen werden. Die Resultate bestätigen die hohe Prozesssicherheit, die Einhaltung der regulatorischen Anforderungen sowie die gute interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb des Hauses.

## **3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025**

**Der vom schweizerischen Bundesrat genehmigte nationale Qualitätsvertrag zwischen H+, curafutura und santésuisse wird eingehalten und nach Vorgaben umgesetzt.**

Wir orientieren uns am schweizerischen nationalen Qualitätsvertrag und leiten Qualitätsverbesserungsmassnahmen daraus ab. Dies werden in Zusammenarbeit mit den beteiligten Prozessen fortlaufend in den Betrieb integriert.

**Das Landesspital nimmt an der ANQ-Pilotmessung Sturz und Dekubitus mit Routinedaten 2025 teil, identifiziert und implementiert anschliessend notwendige Anpassungen im internen IT-System M-KIS, um optimale Bedingungen für die 1. nationale ANQ-Messung Sturz und Dekubitus mit Routinedaten im Jahr 2026 zu schaffen.**

Es konnte aufgrund fehlender personeller Ressourcen nicht der volle Datensatz eingereicht werden. Eine Auswertung konnte durch whoch2 zur Verfügung gestellt werden. Die Auswertung wird mit der Pflegeentwicklung analysiert und da wo möglich gewinnbringende Massnahmen abgeleitet.

## **3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren**

- Kontinuierliche Weiterarbeit an den sanaCERT-Standards, um weiterhin die Qualität hoch zu halten
- Aufbau eines strukturierten Dokumenten- und Prozessmanagements
- Durchführung von strukturierten internen Audits
- Einhaltung und Umsetzung der Vorgaben aus dem nationalen Qualitätsvertrag Schweiz (QV58a)
- Interprofessionelle Etablierung der M&M Konferenzen
- Erarbeitung und Optimierung weiterer patientensicherheitsrelevanten Themen und Prozesse
- Durchführung der von ANQ geforderten und kontinuierlich optimierten Messungen

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG

Deklaration und Publikation der Qualitätsentwicklung nach QV Art.58a KVG: Stand Ende Jahr (31.12.2025).

| Selbstdeklaration <sup>1</sup> : 10.12.2025 |   | Externe Überprüfung QV58a KVG <sup>2</sup> |       |                    |                  |
|---------------------------------------------|---|--------------------------------------------|-------|--------------------|------------------|
|                                             |   | Ergebnis                                   |       | Prüfstelle         | Kommentar Spital |
| Qualitätsmanagementsystem                   | ☼ | kontinuierliche Verbesserung               | ○○○○○ | noch nicht geprüft |                  |
| Qualitätskultur                             | ☼ | kontinuierliche Verbesserung               | ○○○○○ | noch nicht geprüft |                  |
|                                             |   | Betriebsdurchdringung                      | ○○○○○ |                    |                  |
| ▪ Critical Incident Reporting System (CIRS) | ☼ |                                            |       |                    |                  |
| ▪ Morbiditäts- und Mortitätskonferenzen     | ☼ |                                            |       |                    |                  |
| ▪ Qualitätszirkel                           | ☼ |                                            |       |                    |                  |
| Patientensicherheit                         | - | kontinuierliche Verbesserung               | ○○○○○ | noch nicht geprüft |                  |
|                                             |   | Betriebsdurchdringung                      | ○○○○○ |                    |                  |
| ▪ Checkliste sichere Chirurgie              | ☼ |                                            |       |                    |                  |

#### Erläuterungen

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

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

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

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

#### Bemerkungen

##### Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmassnahmen

*Der vom schweizerischen Bundesrat genehmigte nationale Qualitätsvertrag zwischen H+, curafutura und santésuisse wird auch Landesspital eingehalten und nach schweizerischen Vorgaben umgesetzt. Die daraus resultierenden Qualitätsverbesserungsmassnahmen werden daraus abgeleitet, sowie wirksam in die Unternehmung integriert. Hierbei handelt es sich um einen fortlaufenden Prozess, in welchen auch die Kernprozesse involviert werden.*

## 4.2 Teilnahme an nationalen Messungen

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

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln «Nationale Befragungen» bzw. «Nationale Messungen» und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

| Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:          |
|---------------------------------------------------------------------------|
| <i>Akutsomatik</i>                                                        |
| ▪ Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik - Erwachsene |
| ▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)                                |
| ▪ Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen                  |

### Bemerkungen

*Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse, curafutura und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben. Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ, [www.anq.ch](http://www.anq.ch).*

#### 4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

| Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt: |
|-------------------------------------------------------------------|
| <i>Patientenerfahrung</i>                                         |
| ▪ Interne Patientenbefragung stationär                            |
| ▪ Interne Patientenbefragung ambulant                             |
| <i>Zuweiserzufriedenheit</i>                                      |
| ▪ Zuweiserbefragung 2025                                          |

| Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt: |
|-------------------------------------------------------------------|
| <i>Stürze</i>                                                     |
| ▪ Stürze intern, 2025                                             |

## 4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Einführung eines Dokumenten- und Prozessmanagements

|                                          |                                                       |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                              | <i>Erhöhung Informationssicherheit</i>                |
| <b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b> | <i>Gesamtes Spital</i>                                |
| <b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>     | <i>2024 - 2026</i>                                    |
| <b>Art des Projekts</b>                  | <i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i> |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>         | <i>Diverse</i>                                        |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>    | <i>Siehe Ziff. 18.1.1</i>                             |

Neuaufgabe Ideenmanagement

|                                          |                                                                                                                                             |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                              | <i>Aktive Vorgehensweise und strukturierter Umgang mit partizipativen Ideen</i>                                                             |
| <b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b> | <i>Gesamtes Spital</i>                                                                                                                      |
| <b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>     | <i>2024 - 2026</i>                                                                                                                          |
| <b>Art des Projekts</b>                  | <i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>                                                                                       |
| <b>Begründung</b>                        | <i>Das Ideenpotenzial aller Mitarbeitenden soll genutzt werden. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) baut auf Teamarbeit auf.</i> |
| <b>Methodik</b>                          | <i>Neue Konzeption</i>                                                                                                                      |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>         | <i>Diverse</i>                                                                                                                              |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>    | <i>Siehe Ziff. 18.1.4</i>                                                                                                                   |

Patientensicherheit

|                                          |                                                                                                                                  |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                              | <i>Bestmögliche Patientensicherheit und hohe Patientenzufriedenheit durch funktionierende, sinnvolle und effiziente Prozesse</i> |
| <b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b> | <i>Pflege, Ärzte</i>                                                                                                             |
| <b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>     | <i>2024 - 2026</i>                                                                                                               |
| <b>Art des Projekts</b>                  | <i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>                                                                            |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>         | <i>Pflege, Ärzte, Qualitätsmanagement</i>                                                                                        |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>    | <i>Siehe Ziff. 18.1.5</i>                                                                                                        |

### Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

#### Digitalisierung Patientenpfad und Patientendossier

|                                            |                                                                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Einführung der elektronischen Patientenakte inkl. benötigter Module (eArchiv, EGD, ...)</i> |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Ganzes Spital</i>                                                                           |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>2020 - 2025</i>                                                                             |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | <i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>                                        |
| <b>Begründung</b>                          | <i>Einführung neues und bereichsübergreifendes KIS</i>                                         |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Diverse</i>                                                                                 |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>Siehe Ziff. 18.1.2</i>                                                                      |

#### Etablierung der M&M Konferenzen

|                                            |                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | <i>Regemässig durchgeführte M&amp;M Konferenzen</i>                                                                                              |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | <i>Ärztlicher Bereich</i>                                                                                                                        |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | <i>2024 - 2026</i>                                                                                                                               |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | <i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>                                                                                          |
| <b>Begründung</b>                          | <i>Durch M&amp;M Konferenzen werden Handlungen hinterfragt und überprüft. Daraus können mögliche Optimierungen erkannt und umgesetzt werden.</i> |
| <b>Methodik</b>                            | <i>Fallvorstellung und offene Diskussion</i>                                                                                                     |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | <i>Ärzte, Qualitätsmanagement und interessierte Personen</i>                                                                                     |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | <i>Siehe Ziff. 18.1.3</i>                                                                                                                        |

#### 4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2009 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

##### Bemerkungen

*Das Landesspital Liechtenstein erfasst CIRS-Meldungen systematisch und bearbeitet diese interdisziplinär und prozessorientiert. Die Fälle werden im CIRS-Gremium analysiert und bearbeitet.*

*Durchs Jahr 2025 verteilt traten pro Quartal circa 25 - 35 Fälle ein. Die Lücke, welche im Bericht 2024 aufgrund der Einführung von M-KIS beschrieben wurde, konnte geschlossen werden. Die hohe Fallrate lässt jedoch keine Aussage über die Inhalt der Fälle zu, sondern muss durch die Meldekreisverantwortlichen analysiert und kategorisiert werden.*

*Die Hauptkategorien der eingegangenen CIRS-Meldungen waren erneut Medikamentenmanagement, Prozessthemen und Kommunikationsthemen, sowie Personalfehler. Seit rund 4 1/2 Jahren werden CIRS-Fälle in einem CIRS-Tool erfasst, analysiert und Verbesserungen dokumentiert. Dies dient der Einfachheit, Übersichtlichkeit und Auswertbarkeit. CIRS-Meldungen oder Behandlungszwischenfälle werden je nach Umfang durch eine systemische Fehleranalyse unter Zuhilfenahme des Londonprotokolls bearbeitet und Massnahmen daraus abgeleitet.*

*Um die Wirkung der definierten Massnahmen zu überprüfen, finden fortlaufende Wirksamkeitskontrollen statt. Diese werden im Meldecenter gesetzt, wenn nötig vor Ort oder systemisch überprüft und wieder im Meldecenter dokumentiert mit dem Ziel zu überprüfen, ob die Massnahmen wirksam in die Unternehmung implementiert wurden. Ist dies nicht der Fall, müssen nachjustierungen im Sinne des PDCA-Kreislaufs gemacht werden.*



## 4.6 Registerübersicht

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

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

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:                |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                               |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Bezeichnung                                                                           | Fachrichtungen                                                                                                                                                                              | Betreiberorganisation                                                                                                                                                                         | Seit/Ab |
| <b>MS</b><br>Medizinische Statistik der Krankenhäuser                                 | Alle Fachbereiche                                                                                                                                                                           | Bundesamt für Statistik<br><a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>                                                                                                             | 2016    |
| <b>SIRIS</b><br>Schweizerisches Implantat-Register SIRIS                              | Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie                                                                                                    | Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin<br><a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a><br><br><a href="http://siris-spine.com/">siris-spine.com/</a> | 2017    |
| <b>Swissnoso SSI</b><br>Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen | Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin | Verein Swissnoso<br><a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>                                                                                                                    | 2018    |

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen:: |                |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Bezeichnung                                                                                   | Fachrichtungen | Betreiberorganisation                                                              |
| <b>KR GG</b><br>Krebsregister Graubünden und Glarus                                           | Alle           | <a href="http://www.ksgr.ch/krebsregister.aspx">www.ksgr.ch/krebsregister.aspx</a> |

## 4.7 Zertifizierungsübersicht

| Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:                                       |                                                   |                                             |                                                |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Angewendete Norm                                                                | Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet | Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment | Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment | Kommentare                                                                                       |
| REKOLE                                                                          | Finanzen & Controlling                            | 2020                                        | 2023                                           |                                                                                                  |
| SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte im Bereich der Chirurgie                   | Chirurgie                                         | 2019                                        | 2023                                           | Visitation mit dem Ergebnis, die Bewilligung für zwei Jahre Ausbildungsstätte erhalten zu haben. |
| SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte im Bereich der Inneren Medizin und Notfall | Medizin und Notfall                               | 2017                                        | 2024                                           | Visitation mit dem Ergebnis, die Bewilligung für zwei Jahre Ausbildungsstätte erhalten zu haben. |
| SanaCERT Suisse (23/2019)                                                       | Ganzes Spital                                     | 2023                                        | 2023                                           | Geplante Rezertifizierung im 2026, dazwischen jährliches Überwachungsaudit                       |

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Erhebung der Patientenerfahrung

### 5 Patientenerfahrung

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

#### 5.1 Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik

Seit Herbst 2025 ersetzt der Fragebogen Swiss PREMs Acute Care den bisherigen ANQ-Kurzfragebogen. Beim Swiss PREMs handelt es sich um ein differenziertes Befragungsinstrument zur Erhebung der Patientenerfahrung, das in einem aufwändigen Verfahren ausgewählt, gezielt angepasst und in Pilotmessungen getestet wurde.

Der Swiss PREMs Acute Care fragt folgende relevanten Dimensionen ab: Aufnahme/Eintritt, Information/Kommunikation, Pflegepersonal, Ärzteschaft und andere Mitarbeitende, Einbezug in Entscheidungsprozesse, Organisation/Abläufe und Wartezeiten, Vertrauen/Sicherheit bezüglich Behandlung/Betreuung und Aufenthalt, Medikation, Austrittsmanagement. Befragt werden alle Erwachsenen ( $\geq 16$  Jahre), die das Spital oder die Klinik in einem bestimmten Zeitfenster (Erhebungszeitraum) verlassen.

Die Messung erfolgte erstmals im Herbst 2025 und danach im 2-Jahres-Rhythmus.

#### Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Landesspital Liechtenstein](#)

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Interne Patientenbefragung stationär

*Alle stationären Patientinnen und Patienten werden bei Austritt zu ihrer Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen befragt. Die Fragebögen werden laufend ausgewertet. Bei negativen Rückmeldungen werden diese intern aufgearbeitet und besprochen und die Kontaktaufnahmen mit den jeweiligen Patientinnen und Patienten sichergestellt. Massnahmen werden mit den Abteilungsleitungen zusammen erarbeitet und bei Bedarf direkt umgesetzt.*

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

*Die Erhebung der internen Patientenbefragung stationär erfolgt über die interdisziplinäre Abteilung des Gesamspitals.*

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

*Beim untersuchten Kollektiv handelt es sich um Patientinnen oder Patienten, welche stationär auf unserer interdisziplinären Abteilung behandelt wurden. Ausgeschlossen wurden Patientinnen oder Patienten, welche eine Teilnahme verweigerten.*

#### Messergebnisse

*Die interne Patientenzufriedenheitsmessung zeigt eine konstant grosse Zufriedenheit bei den Patientinnen und Patienten in der stationären Betreuung und Behandlung im Landesspital. Obwohl der Rücklauf der stationären Patientenzufriedenheit von 11% auf 22% gesteigert werden konnte, ist die Aussage, dass wir eine grosse Patientenzufriedenheit haben, immer noch mit Vorsicht zu geniessen*

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

*Mit der internen Patientenzufriedenheitsmessung erkennen wir, dass wir einen sehr hohen Anteil an zufriedenen stationären Patientinnen und Patienten haben. Um ein differenzierteres Bild zu erhalten und die bisher guten Ergebnisse zu belegen, wurden Massnahmen zur Steigerung der Rücklaufquoten im 2025 umgesetzt und konsequent weiterverfolgt. Das Qualitätsmanagement arbeitet eng mit der Leitung der interdisziplinären Abteilung, sowie mit der Bereichsleitung Pflege zusammen.*

*Kritische oder negative Rückmeldungen nehmen wir auf und gehen den Themen nach, um uns stets zu verbessern. Die Massnahmenerarbeitung erfolgt auch wieder in engem Austausch zwischen dem Qualitätsmanagement und den betroffenen Leitungen aus verschiedensten Bereichen. Wo gewünscht, erhält die Patientin/der Patient ein Feedback auf ihren/seinen Fragebogen. So entsteht ein guter Austausch, welcher für beide Parteien wertvoll ist.*

#### Angaben zur Messung

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |
|-------------------------------------------------|--|

#### Bemerkungen

*Die Messungen können auf verschiedene Arten und Weisen gemacht werden. Sei dies auf schriftlich auf physischen Umfragebögen, mündlich, unserer Homepage, per E-Mail, oder auch digital mittels ausgehangerem QR-Code.*

### 5.2.2 Interne Patientenbefragung ambulant

*Alle ambulanten Patientinnen und Patienten werden bei Austritt bezüglich ihrer Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen befragt. Die Fragebögen werden laufend ausgewertet. Bei negativen Rückmeldungen werden diese intern aufgearbeitet und besprochen, sowie die Kontaktaufnahmen mit den jeweiligen Patientinnen und Patienten wird koordiniert. Massnahmen werden bei Bedarf direkt eingeleitet.*

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

*Die Erhebung der internen Patientenbefragung ambulant erfolgt über sämtliche ambulanten Bereiche des Gesamtsitals.*

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

*Untersucht wurden ambulante Patienten, die während des Jahres 2025 in unserem Spital behandelt wurden. Ausgeschlossen wurden Patienten welche die Teilnahme verweigerten.*

#### Messergebnisse

*Die interne Patientenzufriedenheitsmessung zeigt eine konstant grosse Zufriedenheit bei den Patientinnen und Patienten in den ambulanten Bereichen des Landesspitals. Die Rücklaufquoten in den einzelnen ambulanten Bereichen bewegen sich zwischen rund 4-62%. Somit muss die Aussagekraft der Ergebnisse in den einzelnen ambulanten Bereichen mit wenig Rücklauf relativiert werden.*

*Inputs und Anregungen aus den Rückmeldungen werden ernst genommen und in den Optimierungsprozess eingebunden.*

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

*Mit der internen Patientenzufriedenheitsmessung erkennen wir, dass wir einen sehr hohen Anteil an zufriedenen ambulanten Patientinnen und Patienten haben. Um ein differenzierteres Bild zu erhalten und die bisher guten Ergebnisse zu belegen, sind Massnahmen zur Steigerung im 2025 umgesetzt. Diese sind aufgrund der starken Schwankungen zwischen den ambulanten Bereichen weiter zu optimieren und umzusetzen. Das Qualitätsmanagement arbeitet eng mit den Leitungen der ambulanten Abteilungen, sowie mit der Bereichsleitung Pflege zusammen.*

*Kritische oder negative Rückmeldungen nehmen wir auf und gehen den Themen nach, um uns stets zu verbessern. Wo gewünscht, erhält die Patientin oder der Patient ein Feedback auf den Fragebogen. So entsteht ein guter Austausch, welcher für beide Parteien wertvoll ist.*

#### Angaben zur Messung

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |
|-------------------------------------------------|--|

#### Bemerkungen

*Die Messungen können auf verschiedene Arten und Weisen gemacht werden. Sei dies auf schriftlich auf physischen Umfragebögen, mündlich, unserer Homepage, per E-Mail, oder auch digital mittels ausgehangerem QR-Code.*

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Landesspital Liechtenstein**

*Beschwerdemanagement*

*Mario Elmer*

*Leitung Organisationsentwicklung &*

*Qualitätsmanagement*

*+4232354481*

*[mario.elmer@landesspital.li](mailto:mario.elmer@landesspital.li)*

*Montag bis Freitag zu den gewohnten*

*Bürozeiten.*

*Das Landesspital nimmt Beschwerden ernst und bearbeitet diese anhand eines definierten Prozesses und im Sinne des PDCA-Kreislaufes konsequent ab. Als Bewertungskriterien sind die vorhandene Dokumentation und die erfolgten Korrekturmassnahmen dokumentiert.*

## 8 Zuweiserzufriedenheit

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

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Zuweiserbefragung 2025

*Im Jahr 2025 wurde eine Zuweiserbefragung durch eine interne Stelle durchgeführt.*

*Die Resultate der Zuweisendenbefragung ist aufgrund der geringen Rücklaufquote nur bedingt aussagekräftig und daher eher als einzelne Rückmeldungen zu verstehen. Die Rückmeldequote wurde nun zum Anlass genommen, die Beziehungspflege zukünftig insbesondere im persönlichen Austausch zu fördern. Dabei soll ein direkter Dialog mit den Zuweisenden – etwa durch gezieltes Nachfragen zur Zufriedenheit oder zu möglichen Anregungen – wertvolle Hinweise liefern, welche im Alltag umgesetzt werden.*

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 17.11.2025 bis 17.12.2025 durchgeführt.

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

*Für die Befragung wurden aktuelle und potentielle Zuweiser aus dem Liechtenstein und den angrenzenden Schweizer Regionen angeschrieben.*

#### Messergebnisse

*Die Zuweiserbefragung hat uns aufgezeigt, in welchen Bereichen die Zuweiser bereits sehr zufrieden mit der Zusammenarbeit des Landesspitals sind und bei welchen Themen noch Optimierungsbedarf gesehen wird.*

#### Angaben zur Messung

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |
|-------------------------------------------------|--|



## Behandlungsqualität

### Messungen in der Akutsomatik

#### 10 Operationen

##### 10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

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

##### Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) und [www.siris-implant.ch](http://www.siris-implant.ch) verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Landesspital Liechtenstein](#)

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

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen

Bei einer Operation wird die schützende Hautbarriere unterbrochen. Gelangen Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen können das Patientenwohl beeinträchtigen und zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes oder einer Rehospitalisation führen.

Swissnoso führt, im Auftrag des ANQ, Wundinfektionsmessungen nach den folgenden Operationen durch:

- Appendektomie (Blinddarm entfernt)
- Cholezystektomie (Gallenblase entfernt)
- Colonchirurgie (Dickdarmchirurgie)
- Rektumoperation (Enddarmoperation)
- Magenbypassoperation
- Sectio caesarea (Kaiserschnitt)
- Hysterektomie (Gebärmutter entfernt)
- Laminektomie mit und ohne Implantat (Wirbelsäulenchirurgie)
- Herzchirurgie
  - Aorto-koronarer Bypass (CABG)
  - Klappenersatz
- Elektive Hüftgelenksprothese
- Elektive Kniegelenksprothese
- Gefässchirurgische Eingriffe an Arterien der unteren Extremitäten (VASCAMI)

Jeder Spital- und Klinikstandort ist verpflichtet, bei Erwachsenen mindestens drei der oben aufgeführten Operationsarten zu überwachen. Die Überwachung von colonchirurgischen Eingriffen (Dickdarmchirurgie) ist für Spitäler mit entsprechendem Angebot verbindlich. Die anderen Eingriffsarten können frei gewählt werden. Bei den gewählten Eingriffsarten ist eine Vollerhebung obligatorisch.

Bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre ist zudem die Erfassung von Appendektomien (Blinddarm entferntungen) obligatorisch.

Der klinische Verlauf wird während und nach dem Spitalaufenthalt systematisch durch medizinische Unterlagen und standardisierte Nachbefragungen verfolgt. Der Beobachtungszeitraum beträgt 30 Tage bei Operationen ohne und 90 Tage bei Operationen mit Fremdmaterial. Die Diagnose erfolgt nach internationalen CDC-Kriterien, die zwischen oberflächlichen und tiefen Infektionen an der Schnittstelle sowie Organ- oder Hohlrauminfektionen unterscheiden.

#### Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) und bei [Swissnoso](#) verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Landesspital Liechtenstein](#)

| Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen: |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ▪ Gallenblasen-Entfernungen                                                         |
| ▪ Blinddarm-Entfernungen                                                            |
| ▪ Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen                               |
| ▪ Dickdarmoperationen (Colon)                                                       |
| ▪ Rektumoperationen                                                                 |
| ▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen                                         |

- Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

## 12 Stürze

### Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung ab 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen.

Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung ab 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ- Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung.

Im Frühjahr 2025 haben 69 Spitäler/Kliniken an der freiwilligen Pilotmessung Sturz und Dekubitus teilgenommen, basierend auf strukturierten KIS-Daten.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie auf dem [Webportal des ANQ](#).

### 12.1 Eigene Messung

#### 12.1.1 Stürze intern, 2025

##### **Ziel der Messung:**

*Das Ziel der Messung ist es, die Häufigkeit, Ursachen und Folgen von Stürzen im Spital zu erfassen, um Risikofaktoren zu identifizieren und gezielte Präventionsmassnahmen abzuleiten.*

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

*Auf allen stationären wie ambulanten Abteilungen des Landesspitals.*

##### **Angaben zum untersuchten Kollektiv**

*Bei den untersuchten Patientinnen und Patienten handelt es sich um erwachsene Personen, welche sich aus diversen Gründen im Landesspital behandeln liessen.*

##### **Messergebnisse**

*2025 wurden bei uns 41 Sturzereignisse gemeldet, die ausschliesslich auf der Interdisziplinären Abteilung (IDA) auftraten, während andere Bereiche keine Ereignisse meldeten, was sowohl auf ein erhöhtes Risiko im stationären Setting als auch auf mögliche Defizite in der Meldedisziplin hindeutet. Inhaltlich zeigen sich klare Muster: Die meisten Stürze ereigneten sich im Patientenzimmer (70 %) und im WC-Kontext (17,5 %), oft im Zusammenhang mit unbegleiteter Mobilisation. Besonders risikoreich war das Zeitfenster mit hoher Aktivität (Morgen) oder reduzierten Ressourcen (Abend/Nacht). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Toilettengänge und spontane Mobilisation zentrale Risikosituationen darstellen, verstärkt durch Faktoren wie Eile, Orientierungsmangel oder Medikation. Verbesserungsbedarf besteht vor allem bei Ruf- und Antwortprozessen, Mobilisationsabläufen sowie beim Delir- und Medikationsmanagement.*

*Unsere stärksten, aus unseren Daten und der Evidenz abgeleitete Prioritäten sind:*

- *Toiletten- und Mobilisationsmassnahmen rund um Patientenzimmer/WC in den Hochrisiko-Zeitfenstern*
- *Messbare Rufantwortzeiten mit klarer Verantwortlichkeit*
- *Post-Fall-Lernschleife (evtl. Huddle und Pflegeplanupdate sowie Einbezug Pflegeentwicklung)*
- *Die Angehörigeninformation bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen muss gestärkt*

werden

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

*Die Ergebnisse bieten eine erste Grundlage um weiter am Thema Sturz im Landesspital zu arbeiten. Die Ergebnisse sind wahrscheinlich noch nicht vollständig, da einzelne Bereiche viele Stürze melden, andere keine. Somit ist eine verifizierte Aussage über alle Abteilungen nicht gewährleistet.*

#### Angaben zur Messung

|                                                 |       |
|-------------------------------------------------|-------|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | M-KIS |
|-------------------------------------------------|-------|

#### Bemerkungen

##### **Was wurde gemessen:**

*Es wurden eine Vielzahl von Parametern erhoben, z.B. die Anzahl der Stürze, demografische Daten (Alter, Geschlecht), Risikofaktoren, der Zeitpunkt und Ort der Stürze sowie die Folgen (z. B. Verletzungen) und die ergriffenen Massnahmen. Die Daten wurden aus unserem KIS generiert und in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Pflegeentwicklung weiter verarbeitet.*

## 17 Projekte im Detail

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

### 17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 17.1.1 Einführung eines Dokumenten- und Prozessmanagements

**Projektziel:**

Die Abteilung des Qualitätsmanagements hat zusammen mit der Direktion das Ziel gesetzt, das Prozessmanagementsystem im Landesspital zu überarbeiten, neu aufzusetzen und Schulungen bei allen Beteiligten durchzuführen. Das Ziel ist, dass alle relevanten Prozesse digital hinterlegt und für alle Mitarbeitenden jederzeit abrufbar sind. Somit soll die Informationssicherheit erhöht werden.

**Projektablauf / Methodik:**

In einem ersten Schritt muss die Frage der Software geklärt werden. Anschliessend werden die Prozesse zusammen mit den Abteilungsleitungen, welche Prozesseigner werden, definiert und dokumentiert.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Diverse

**Zeitraumen:**

2024 - 2026

#### 17.1.2 Etablierung der M&M Konferenzen

**Projektziel:**

Regelmässig finden M&M Konferenzen statt, Fälle werden besprochen und Optimierungsmassnahmen werden wo möglich abgeleitet, dokumentiert und umgesetzt.

**Projektablauf / Methodik:**

Alle Ärzte, das Qualitätsmanagement und weitere interessierte oder involvierte Personen werden an die Konferenzen eingeladen. Dort werden 1-2 komplexere Fälle vorgestellt, diskutiert und wo sinnvoll Massnahmen zur Optimierung festgehalten. Im Jahr 2025 wurde ein Konzept in Zusammenarbeit mit den Ärzten erarbeitet und geschult. In Rücksprache mit den Chefärzten wurden bereits vier statt zwei MoMo-Termine für das Jahr 2026 eingeplant.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ärzte, Qualitätsmanagement und interessierte Personen

**Zeitraumen:**

2024 - 2026

### 17.1.3 Neuauflage Ideenmanagement

**Projektziel:**

Es wird eine aktive Vorgehensweise und ein strukturierter Umgang mit partizipativen Ideen angestrebt.

**Projektablauf / Methodik:**

Das Ideenpotenzial aller Mitarbeitenden soll genutzt werden. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) baut auf Teamarbeit auf. Eine Neuarbeitung des Konzepts Ideenmanagement wurde umgesetzt. Schulungen werden fortlaufend organisiert. Das Qualitätsmanagement hat sich zum Ziel gesetzt, die Ideen innerhalb eines Quartals auszuwerten und gegebenenfalls umzusetzen oder begründet abzulehnen.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Diverse

**Zeitraumen:**

2024 - 2026

### 17.1.4 Patientensicherheit

**Projektziel:**

Bestmögliche Patientensicherheit und somit auch eine hohe Patientenzufriedenheit durch gut funktionierende, sinnvolle und effiziente Prozesse.

**Ablauf:**

Viele Prozesse zum Thema Patientensicherheit sind im Landesspital etabliert und konzeptionell festgehalten.

Mittels Beobachtungen im Alltag wurden und werden diese Prozesse in den Jahren 2024 und 2025 überprüft, Optimierungspotential erkannt und Massnahmen definiert und umgesetzt. Dies ermöglicht es, im Alltag Routineprozesse mit einem Aussenblick evaluieren zu lassen und die Qualität und Sicherheit für den Patienten sicherzustellen. Wo nötig werden auch neue Prozesse mit den Teams erarbeitet und eingeführt. Patientensicherheit ist ein fortlaufender und immerwährender Prozess in der Spitallandschaft und bedarf kontinuierlicher Verbesserung und Weiterentwicklung.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Pflege, Ärzte, Qualitätsmanagement, Spitalleitung

**Zeitraumen:**

2024 - 2026

## 17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

### 17.2.1 Digitalisierung Patientenpfad und Patientendossier

#### Projektart

IT-Projekt, Gesamtspital

#### Projektziel

Digitalisierung der Patientenakten in einem einheitlichen und modernen Klinikinformationssystem. Modernisierung der Weiterentwicklung elementarer Prozesse wie zum Beispiel der Verordnungs und Medikationsprozess.

#### Projektablauf

Nach dem "golive" im Februar 2024 begann eine intensive Zeit, um das System im klinischen Alltag zu integrieren. Einige Mängel wurden festgestellt und mussten teilweise unter beträchtlichen zeitlichen Ressourcen optimiert werden. Auch mussten Prozesse überprüft, angepasst und verbessert werden. Das Change advisory board (CAB) zeigt sich weiterhin als das richtige Instrument um Systemanpassungen beim Hersteller zu bestellen.

#### Involvierte Berufsgruppen

Diverse

#### Projektelevaluation/Konsequenzen

Aufgrund dessen, dass ein IT-Projekt in dieser Grössenordnung nicht abschliessend ist, finden ständig Evaluationen statt und werden via change advisory board Verbesserungen abgeleitet.

## 17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 17.3.1 sanaCERT Re-Zertifizierung März 2026

Nach der Erstzertifizierung ist das Thema sanaCERT in den Regelbetrieb übertragen worden. An den definierten Themen wird kontinuierlich weitergearbeitet. Die jährlichen Überprüfungsaudits helfen, das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren und stets weiter daran zu arbeiten.

Als nächster wichtiger Meilenstein ist daher die erste Re-Zertifizierung Stufe zwei im Frühjahr 2026 geplant. Die Vorbereitungen diesbezüglich laufen auf Hochtouren.

### 17.3.2 REKOLE

Die Buchhaltung, Kostenverrechnung und das Fallhandling entspricht den Vorgaben von H+, was an der Erstzertifizierung 2019 und der Re-Zertifizierung 2023 bestätigt wurde. Zwischenzeitlich werden interne Audits durchgeführt und stetig Anpassungen gemäss REK.-Entscheiden vorgenommen.

### 17.3.3 Prozess- und Dokumentenmanagement

Um eine einheitlich Prozess- und Dokumentationslandschaft zu gestalten, wird das integrierte Prozess- und Dokumentenmanagement überarbeitet. Das Ziel ist, die Dokumentenlandschaft zu schmälern und Prozesse einheitliche darzustellen.



## 18 Schlusswort und Ausblick

Gesundheitsdienstleister sind Betriebe, die unter besonderer Beobachtung stehen (sensible Daten, Qualitätsaspekte die direkte Auswirkungen auf die Gesundheit haben). Kritik spornt das Team des Landesspitals an. Konstruktive Kritiker tragen massgeblich dazu bei, dass das Spital immer besser wird. Die Mitarbeitenden nehmen die Probleme an und lösen sie. Konstruktive Kritik ist einer der wichtigsten Qualitätstreiber, die den Mitarbeitenden zur Verfügung stehen.

Im Landesspital wird eine offene Fehlerkultur gepflegt. Es wird keinen Tag geben, an dem es sich nicht daran messen lassen kann. Jeder Hinweis, jede Idee, jede Beanstandung wird geprüft und bearbeitet. Auch für das kommende Jahr hat sich das Landesspital einiges vorgenommen. Prozesse, Strukturen und räumliche Zuteilungen werden optimiert. Ziel ist es am Ende zufriedene Patientinnen und Patienten zu haben, die im eigenen Land nicht nur Anspruch auf eine Grundversorgung haben, sondern diesen Anspruch auch in einer qualitativ hochwertigen Grundversorgung sehen und erfahren. Und genau das ist das stete Streben.

Qualität ist das Leitmotiv des Landesspitals.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

### Akutsomatik

| Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Basispaket</b>                                                                              |
| Basispaket Chirurgie und Innere Medizin                                                        |
| <b>Haut (Dermatologie)</b>                                                                     |
| Wundpatienten                                                                                  |
| <b>Hals-Nasen-Ohren</b>                                                                        |
| Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)                                                               |
| Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen                                                      |
| Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikulooplastik inkl. Stapesoperationen) |
| <b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>                                                         |
| Neurologie                                                                                     |
| Zerebrovaskuläre Störungen                                                                     |
| <b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>                                                          |
| Gastroenterologie                                                                              |
| <b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>                                                               |
| Viszeralchirurgie                                                                              |
| <b>Urologie</b>                                                                                |
| Urologie ohne Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'                                            |
| Urologie mit Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'                                             |
| Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial                                    |
| <b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>                                                         |
| Pneumologie                                                                                    |
| Polysomnographie                                                                               |
| <b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>                                                            |
| Chirurgie Bewegungsapparat                                                                     |
| Orthopädie                                                                                     |
| Handchirurgie                                                                                  |
| Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens                                                    |
| Arthroskopie des Knies                                                                         |
| Rekonstruktion obere Extremität                                                                |
| Rekonstruktion untere Extremität                                                               |
| <b>Gynäkologie</b>                                                                             |
| Gynäkologie                                                                                    |
| Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum                                                        |
| <b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>                                                      |
| Onkologie                                                                                      |

## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:  
H+ Die Spitäler der Schweiz  
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch: [www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/)



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

## Beteiligte Gremien und Partner

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (FKQ), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch: [www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/](http://www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/)



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+ Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+ Plattform [www.spitalinfo.ch](http://www.spitalinfo.ch) nahe zu legen.

## Weitere Gremien



Die Qualitätsmessungen des **ANQ** wurden aufgenommen und sind im Qualitätsbericht beschrieben.

Siehe auch: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**): [www.samw.ch](http://www.samw.ch).