



Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

26.05.2026
Franziska Föllmi-Heusi, Direktorin

Version



Spital Schwyz

www.spital-schwyz.ch



Akutsomatik



Rehabilitation

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

Patrick Steiner
Leitung Stab Direktion und Spitalleitung
041 818 43 99
patrick.steiner2@spital-schwyz.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitatsgeschehen

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
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	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG	11
4.2 Teilnahme an nationalen Messungen	12
4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	12
4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	13
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte	14
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	19
4.6 Registerübersicht	21
4.7 Zertifizierungsübersicht	23
QUALITÄTSMESSUNGEN	25
Erhebung der Patientenerfahrung	26
5 Patientenerfahrung	26
5.1 Nationale Erhebung der Patientenerfahrung (PREMs), Rehabilitation	26
5.2 Eigene Befragung	27
5.2.1 Digitales Patientenfeedback "Ihre Meinung interessiert uns"	27
5.3 Beschwerdemanagement	28
6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern	
<i>Verweis auf ANQ PREMs Befragung</i>	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	29
7.1 Eigene Befragung	29
7.1.1 Mitarbeitendenzufriedenheitsbefragung	29
8 Zuweiserzufriedenheit	
<i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.</i>	
Behandlungsqualität	30
Messungen in der Akutsomatik	30
9 Wiedereintritte	30
9.1 Eigene Messung	30
9.1.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen	30
10 Operationen	32
10.1 Hüft- und Knieprothetik	32
11 Infektionen	33
11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen	33
11.2 Eigene Messung	35
11.2.1 SSI Surveillance	35
11.2.2 CCM-CleanHands	35
11.2.3 CAUTI-Surveillance	36
12 Stürze	37
12.1 Eigene Messung	37
12.1.1 Pilotmessung ANQ & internes Sturzprotokoll	37
13 Dekubitus	38
13.1 Eigene Messungen	38

13.1.1	Pilotmessung ANQ & interne Dekubitusprävention.....	38
	Psychiatriespezifische Messungen	0
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung <i>Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.</i>	
	Rehaspezifische Messungen	39
15	Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit	39
15.1	Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation	39
	Weitere Qualitätsaktivitäten	40
16	Weitere Qualitätsmessung	40
16.1	Weitere eigene Messung	40
16.1.1	Messplan Q-Daten (Akutsomatik, Rehabilitation)	40
17	Projekte im Detail	41
17.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	41
17.1.1	Transformation OP-Prozesse.....	41
17.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025	42
17.2.1	Re-Zertifizierung Palliative Care	42
17.2.2	Beekeeper.....	42
17.2.3	Digitalisierung Lob- und Beschwerdemanagement.....	43
17.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	43
17.3.1	Re-Zertifizierung REKOLE	43
18	Schlusswort und Ausblick	44
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	45
	Akutsomatik	45
	Rehabilitation.....	46
	Herausgeber	48

1 Einleitung

Das Spital Schwyz ist im Besitz einer privaten Trägerschaft (Verein), der Krankenhausgesellschaft Schwyz. Gemäss Vereinbarung mit dem Kanton Schwyz stellt das Spital Schwyz die spitalmedizinische **Grund- und Spezialversorgung** der Menschen in der Region sicher.

Nebst der Grundversorgung bieten wir viele **Zusatzleistungen durch Beleg- und Konsiliarärzte** an. Längst hat sich das Spital Schwyz von einem Regionalspital zu einem wichtigen Gesundheitszentrum gewandelt, in dem komplexe Unfälle, schwere Krankheiten und besondere Bedürfnisse durch bestens ausgebildete Ärzte behandelt werden können.

Als **Akutspital** – in rund 90% der medizinischen Fälle und rund 75% der chirurgischen Fälle werden Patienten notfallmässig aufgenommen – verfügt das Spital Schwyz über eine rund um die Uhr geöffnete, modern konzipierte und ausgerüstete interdisziplinäre **Notfallstation** mit einem jederzeit einsatzbereiten Ärzte- und Pflegefachteam.

Die moderne **Intensivbehandlungsstation** erfüllt sämtliche Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin und ist von dieser anerkannt. Ein weiterer Garant für grösstmögliche Sicherheit im Spital Schwyz.

In der **Palliative Care Station** stehen speziell ausgebildete Mitarbeitende den schwerkranken Patienten und ihren Angehörigen zur Seite.

Auf den ausgezeichneten Ruf, welcher der geburtshilfliche Bereich geniesst, sind wir besonders stolz. Viele Babys erblicken unter professioneller und einfühlsamer Begleitung auf der **modernen Geburtshilfestation** das Licht der Welt.

Unser **Dialysezentrum** bietet auch Plätze für die Feriendialyse an. Gerne heissen wir Gäste willkommen, die für ihren Urlaub eine Destination in der Nähe des Spital Schwyz ausgesucht haben.

Mit dem Leistungsauftrag für die **muskulo-skelettale und internistisch-onkologische stationäre Rehabilitation** kümmert sich das Spital Schwyz umfassend um seine eigenen, aber auch um Patientinnen und Patienten, die von anderen Spitälern zugewiesen werden.

Unsere Vision:

Wir geben allen Menschen in der Region die Sicherheit, dank uns und unserer Partner jederzeit medizinisch optimal versorgt zu sein.

Unsere Mission:

Wir sind die Institution für die medizinische Versorgung in der Region und decken vernetzt mit unseren Partnern die gesamte Behandlungskette der Gesundheitsversorgung ab.

- Wir orientieren uns an einem kompromisslosen Qualitätsanspruch.
- Menschlichkeit ist im Umgang mit Patienten und Mitarbeitenden unsere Maxime.
- Unternehmerisches Handeln und innovative Nachhaltigkeit sichern die wirtschaftliche Basis

Weiterführende Informationen und detaillierte Angaben zum Leistungsangebot finden Sie auf der Webseite des Spital Schwyz: www.spital-schwyz.ch

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Unser Qualitätsmanagement verstehen und leben wir als integriertes (Qualitäts-) Managementsystem. Qualität ist als strategischer Schwerpunkt in der Gesamtstrategie des Spital Schwyz verankert. Die Qualitätspolitik wird durch die strategischen Zielsetzungen mit den daraus abgeleiteten Qualitätsaktivitäten und Weiterentwicklungsmassnahmen auf oberster Ebene gesteuert.

Das Team Prozess- und Qualitätsmanagement ist der Organisationseinheit 'Stab Direktion und Spitalleitung' zugeordnet. Ebenfalls in diesem Bereich angesiedelt ist das Lob- und Beschwerdemanagement sowie die Spitalhygiene (Fachverantwortung beim Fachbereich Infektiologie). Neben den Kernaufgaben verantwortet das Prozess- und Qualitätsmanagement auch die Durchführung des Management Reviews sowie die Erstellung und Koordination der qualitätsbezogenen Berichterstattungen.

Die Leitung Stab Direktion Spitalleitung nimmt nebst der Funktion als Qualitätsbeauftragter auch die Rolle der Projektkoordination und des Datenschutzbeauftragten des Spital Schwyz wahr.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **160** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

*Herr Patrick Steiner
Leitung Stab Direktion und Spitalleitung
041 818 43 99
patrick.steiner2@spital-schwyz.ch*

3 Qualitätsstrategie

Das Spital Schwyz steht für kompromisslose Qualität und Menschlichkeit, sowohl in der Behandlung unserer Patientinnen und Patienten als auch im Anspruch an die eigenen Prozesse und Strukturen. Die Unternehmenskultur als familiäre und im Grundsatz soziale Institution wird gepflegt und weiterentwickelt.

Die Ziele und Projekte sind auf die Strategieelemente und Handlungsfelder ausgerichtet. Die fünf strategischen Hauptziele zum Schwerpunkt Qualität spiegeln sich in den Handlungsfeldern des Qualitätsmessplan wider. Dieser ist weiter mit Kennzahlen und konkreten Zielen versehen und wird einmal jährlich bewertet.

Die fünf Hauptziele der strategischen Achse «Qualität für Patienten und Mitarbeitende – Von Menschen für Menschen» sind:

- Hohe Behandlungsqualität
- Hohe Patientenzufriedenheit
- Hohe Mitarbeiterzufriedenheit
- Grosse Attraktivität auf dem Arbeitsmarkt
- Ersatz von hochqualifizierten Schlüsselpersonen sicherstellen/Generationenwechsel

Unser Credo:

- Wir entwickeln unser Qualitätsmanagement-System kontinuierlich weiter.
- Wir thematisieren die Qualitätspolitik regelmässig auf den verschiedenen Ebenen zur Verankerung und Festigung beim Kader und bei den Führungskräften.
- Wir schliessen die Lücken im bestehenden Prozess-Netzwerk und orientieren uns konsequent an den formulierten Prozessen.
- Wir steuern unsere Prozesse mittels Kennzahlen.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

Die Schwerpunkte sind den Hauptzielen der strategischen Achse «Qualität für Patienten und Mitarbeitende – Von Menschen für Menschen» zugeordnet:

1. Hohe Behandlungsqualität

- Umsetzung nationaler Qualitätsvertrag H+
- Re-Zertifizierung Palliative Care
- Reorganisation Notfallprozesse und Dienststrukturen
- OP Transformationsprozess

2. Hohe Patientenzufriedenheit

- Digitale Patientenzufriedenheitsbefragung

3. Hohe Mitarbeiterzufriedenheit

- Mitarbeitenden-Zufriedenheitsbefragung
- Beekeeper (siehe Kapitel 17.2.2)

4. Grosse Attraktivität auf dem Arbeitsmarkt

- Stärkung der Arbeitgebermarke
- Weiterbildungs- und Entwicklungsmassnahmen

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

Die fünf strategischen Hauptziele zum Schwerpunkt Qualität spiegeln sich in den Handlungsfeldern im Qualitätsmessplan (Q-Messplan) wieder. Dieser ist weiter mit Kennzahlen und konkreten Zielen mit den Verantwortlichkeiten versehen und wird einmal jährlich bewertet.

Die Ziele der strategischen Achse «Qualität für Patienten und Mitarbeitende – Von Menschen für Menschen» konnten mit der erfolgreichen Umsetzung dieser Projekte und Massnahmen erreicht werden.

1. Hohe Behandlungsqualität

Umsetzung Nationaler Qualitätsvertrag H+

Das QMS im Spital Schwyz wurde in seinen Strukturen geprüft und Massnahmen zu den Verbesserungen definiert und umgesetzt. Die Strukturen des QMS mit einem gelebten PDCA-Zyklus sind auf strategischer Ebene verankert. Die Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) der Handlungsfelder sind Bestandteil des betrieblichen Qualitätskonzepts.

Das Ziel wurde erreicht, die definierten QVMs in den Handlungsfeldern "Qualitätskultur" (2024/2025) und "Patientensicherheit" (2025/2026) erfolgreich umzusetzen, zu etablieren oder zu schärfen. Konzepte zu den betreffenden QVMs wurden neu erstellt, überarbeitet und aktualisiert. Die definierten QVMs sind im Teil 4. "Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten" weiter ausgeführt.

Re-Zertifizierung Palliative-Care-Station

Die Palliative-Care-Station wurde sehr erfolgreich rezertifiziert.

Reorganisation Notfallprozesse und Dienststrukturen

Durch die Reorganisation wird die Beschleunigung der Notfallbehandlung von Bagatellen aber auch schwereren Notfällen erreicht. Die Verkürzung der Verweildauer und Entlastung des interprofessionellen Notfallteams führt zu einer qualitativen Verbesserung der Behandlung und Betreuung.

OP-Transformationsprozess

Die IST-Prozesse wurden dokumentiert und analysiert und SOLL-Massnahmen definiert. Nach der erfolgreichen Bearbeitung der OP-Prozesse (2025), wurde 2025 die Erarbeitung der IST-Analyse auf die Notfallstation erweitert. Die Schwerpunkte werden 2026 bei zwei weiteren Bereichen liegen, der Pflegestationen und beim Austrittsmanagement.

Die Ziele sind u. a. verbesserte Patienteninformation, die Mitarbeitendenentlastung durch Effizienzsteigerung, Schnittstellenoptimierung sowie die Identifikation von Digitalisierungspotenzialen.

2. Hohe Patientenzufriedenheit

Digitale Patientenzufriedenheitsbefragung

Das digitale Patientenfeedback-Tool wurde erfolgreich implementiert und trägt zur kontinuierlichen Verbesserung der Patientenversorgung bei. Die Patienten:innen können ihre Erfahrungen strukturiert und umfassend zum gesamten Spitalaufenthalt schildern. Eine zeitnahe Auswertung und entsprechende Massnahmen zur Qualitätsverbesserung sind möglich. Zudem bietet das Tool die Grundlage für aussagekräftige Benchmarks, die den Vergleich von Patientenzufriedenheit über unterschiedliche Zeiträume und Stationen hinweg ermöglichen. Auch bietet das Tool die Möglichkeit von externem Benchmarking mit anderen Akutspitalern.

Tagesklinik

Durch die Etablierung der Tagesklinik werden die Wegezeiten für Patienten und Personal und die Wartezeiten bei den Schnittstellen (z.B. Schleuse OP, Umbettzone) deutlich reduziert.

3. Hohe Mitarbeiterzufriedenheit

Zufriedenheitsbefragung

Die Ergebnisse der Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung wurden systematisch in strukturierten Team-Dialogen aufgearbeitet und in konkrete, umsetzbare Massnahmen überführt. Führung wurde damit gezielt als Hebel für Motivation, Stabilität und Kulturentwicklung genutzt. Auch die Ausbildung wurde strategisch weiterentwickelt.

4. Grosse Attraktivität auf dem Arbeitsmarkt

Stärkung der Arbeitgebermarke

Prioritäre Handlungsfelder umfassen die weitere Stärkung der Arbeitgebermarke, eine gezielte und resiliente Rekrutierung trotz externer administrativer Rahmenbedingungen sowie die Förderung langfristiger, stabiler Arbeitsverhältnisse. Interne Weiterbildungs- und Entwicklungsmassnahmen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Fachkräftesicherung, Bindung und Perspektivenentwicklung.

Weiterbildung und individuelle Karrierepfade

Interne Weiterbildungs- und Entwicklungsmassnahmen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Fachkräftesicherung, Bindung und Perspektivenentwicklung. Ein zentraler Meilenstein war die Verabschiedung der Ausbildungsstrategie 2025 bis 2028. Die Operationstechnik HF sowie die HF-Nachdiplomstudiengänge wurden erfolgreich fortgeführt und die Zielzahlen realistisch erreicht. Zudem baute das Spital die bestehenden Kooperationen mit Ausbildungsinstitutionen aus und stärkte seine Position als grösster Ausbildungsbetrieb im Kanton Schwyz.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Strategie 2035 des SSZ ist derzeit in Erarbeitung. Daraus werden neue Ziele, Projekte und Themen entstehen. Der Aufbau des Prozessmanagement rückt noch weiter in den Fokus. Die kontinuierliche Optimierung ihrer Prozesse und Leistungen sowie die Dokumentation der Patientenpfade, wie auch die Qualitätsentwicklung rücken noch stärker in den Vordergrund.

Prozess- und Leistungsqualität

Der Grundgedanke, gemeinsam an der kontinuierlichen Verbesserung der Prozess- und Leistungsqualität für die Patientensicherheit zu arbeiten, treibt die nächsten Jahre viele weitere Optimierungen voran. Es beinhaltet die konsequente Umsetzung der QVM aus den Handlungsfeldern Qualitätskultur, Patientensicherheit, Patientenzentriertheit und Evidenzbasierte Entscheidungsfindung. Eine solide Basis dazu bieten die verankerte Governance, das Qualitätsmanagement (QMS) und ein konsequentes Prozess- und Risikomanagement.

Ergebnisqualität

Gezielte interne und externe Audits zeigen Stärken und Schwächen sowie Risiken und Chancen auf. Die Resultate und Verbesserungsmassnahmen fliessen laufend in die jeweiligen Prozesse ein. Erkenntnisse und Massnahmen aus den Resultaten der Qualitätsmessungen werden ebenfalls zeitnah, effizient in die Optimierungsliste aufgenommen und effektiv in die Prozesse überführt. (z.B. Patientenzufriedenheitsmessung, CIRS-Meldungen, Wundinfektdaten, Händecompliance, etc.).

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG

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

Selbstdeklaration ¹ : 16.12.2025		Externe Überprüfung QV58a KVG ²		Prüfstelle	Kommentar Spital
		Ergebnis			
Qualitätsmanagementsystem	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
Qualitätskultur	✓	kontinuierliche Verbesserung Betriebsdurchdringung	○○○○○ ○○○○○	noch nicht geprüft	
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Mitarbeitendenbefragung	✓				
▪ Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	✓				
▪ Qualitätszirkel	✓				
Patientensicherheit	✓	kontinuierliche Verbesserung Betriebsdurchdringung	○○○○○ ○○○○○	noch nicht geprüft	
▪ Checkliste sichere Chirurgie	✓				
▪ Dekubitusprävention FHV	✓				
▪ Prävention akuter Verwirrtheit	✓				
▪ Freiheitsbeschränkende Massnahmen	✓				
▪ Management der Mangelernährung	✓				
▪ Sturzprävention	✓				

Erläuterungen

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

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

Dimension kontinuierliche Verbesserung 1: Fehlende Implementierung / 2: Umsetzungsplan mit angemessenem Zeitplan vorhanden (Plan) /

3: Mindestanforderungen sind implementiert (Do) / 4: Die Wirksamkeit wird überprüft (Check) / 5: Korrekturmassnahmen werden definiert und umgesetzt (Act)

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

4.2 Teilnahme an nationalen Messungen

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

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln «Nationale Befragungen» bzw. «Nationale Messungen» und auf der Webseite des ANQ www.ang.ch.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS) ▪ Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen
<i>Rehabilitation</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Erhebung der Patientenerfahrung (PREMs), Rehabilitation - Erwachsene ▪ Bereichsspezifische Messungen für <ul style="list-style-type: none"> – Muskuloskelettale Rehabilitation – Internistische Rehabilitation – Onkologische Rehabilitation

4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Kanton Schwyz verpflichtet die Spitäler zu den nationalen Vorgaben.

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>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Digitales Patientenfeedback "Ihre Meinung interessiert uns"
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Auswertung Rehospitalisationen
<i>Infektionen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ SSI Surveillance ▪ CCM-CleanHands ▪ CAUTI-Surveillance
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pilotmessung ANQ & internes Sturzprotokoll
<i>Dekubitus</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pilotmessung ANQ & interne Dekubitusprävention
<i>Weitere Qualitätsmessung: Rehabilitation</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Messplan Q-Daten
<i>Weitere Qualitätsmessung: Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Messplan Q-Daten

4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) - QVM Handlungsfeld Qualitätskultur

Ziel	<i>Förderung von Patientensicherheit und Behandlungsqualität, Stärkung Sicherheitskultur im Spital, Förderung des interdisziplinären Austauschs</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>ganzes Spital</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>ganzes Berichtsjahr</i>
Begründung	<i>Sie ermöglichen es, Komplikationen und unerwartete Ereignisse retrospektiv zu analysieren, ohne den Fokus auf individuelle Schuldzuweisungen zu legen. Sie betrachten systemische und kognitive Faktoren, die zu Fehlern beitragen, um daraus zu lernen und Wiederholungen zu vermeiden.</i>
Methodik	<i>Pro Jahr 4 MoMo-Konferenzen nach klaren Rahmenbedingungen und Strukturen, Bestandteil des Risikomanagements</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>interdisziplinär</i>

Checkliste sichere Chirurgie - QVM Handlungsfeld Patientensicherheit

Ziel	<i>Erhöhung der Patientensicherheit, Erinnerungs- / Entlastungsinstrument, klar strukturierte Kommunikation sowie verbesserter Informationsaustausch im interprofessionellen Team / Digitalisierung der Checkliste und Umsetzung im KIS</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>jede chirurgische Disziplin</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>ganzes Berichtsjahr</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Verbesserung Sicherheit der Behandlung und interdisziplinäre, strukturierte Zusammenarbeit vom Eintritt bis zum Abschluss der OP.</i>
Methodik	<i>Diese chirurgische Checkliste besteht aus 3 Teilen. 1. Teil: Sig-In durch Anästhesieeinleitung, 2. Teil: das Team-Time Out, vor dem Schnitt, 3. Teil: Sign Out, am Operationsende</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>interdisziplinäres Behandlungsteam</i>

Prävention von akuter Verwirrtheit - QVM Handlungsfeld Patientensicherheit

Ziel	<i>Systematische Erfassung von Risikopatienten, den Einsatz von empfohlenen Assessmentinstrumenten sowie Optimierung der Delir-Prävention und Früherkennung.</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>interdisziplinäres Behandlungsteam</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>ganzes Berichtsjahr</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Da immer mehr Menschen mit einem erhöhten Risiko für eine akute Verwirrtheit im Spital sind, aber es auch negative Folgen für die Patienten, Mitarbeitenden und das Spital hat, ist diese QVM ein elementarer Punkt für die qualitativ hochstehende Arbeit im Spital Schwyz.</i>
Methodik	<i>Systematische Erfassung von Risikopatienten, Einsatz von empfohlenen Assessmentinstrumenten, Optimierung Delir Prävention und Früherkennung; Leitfaden als Ablaufschema Delirmanagement und Umsetzung nichtpharmakologischen / pharmakologischen Massnahmen.</i>

Freiheitsbeschränkende Massnahmen - QVM Handlungsfeld Patientensicherheit

Ziel	<i>Zugunsten der Sicherheit von Patienten- und Mitarbeitenden werden gemäss Richtlinie Massnahmen zur Haltung und Handhabung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen sowie der gesetzlichen Grundlagen und Informationspflicht umgesetzt.</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Pflege</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>ganzes Berichtsjahr</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Im Zusammenhang mit einer akuten oder chronischen Verwirrtheit müssen allenfalls freiheitsbeschränkende Massnahmen durchgeführt werden. Daher ist es für das Spital Schwyz sehr wichtig, dass zugunsten der Patienten- und Mitarbeitendensicherheit eine solche QVM umgesetzt wird.</i>
Methodik	<i>Regelmässige Schulung und Sensibilisierung des Personals, Handlungsanleitung / Konzept, Dokumentation, Monitoring, systematische Massnahmen, Reporting</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Informations- und Protokollierungspflichten und wenn immer möglich, wird der Patient in die Entscheidung einbezogen, sicher aber dessen entscheidungsbevollmächtigte Vertretung. Jede Massnahme und Information zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit wird im Pflegebericht vermerkt.</i>

Management von Mangelernährung - QVM Handlungsfeld Patientensicherheit

Ziel	<i>Früherkennung von malnutrierten und malnutritionsgefährdeten Patient:innen; Einleitung einer entsprechenden Behandlung; Planung und Organisation weiterführender Massnahmen für eine gute Versorgung Zuhause</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Akutsomatik</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>ganzes Berichtsjahr</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Da eine Mangelernährung die Genesungszeit und das Outcome von Patienten verschlechtert, ist es ein wichtiger Punkt für das Spital Schwyz, dass Risikopatienten frühzeitig entdeckt und die geeigneten Massnahmen zur Aufhebung dessen ergriffen werden. Somit erhöht sich die Behandlungsqualität.</i>
Methodik	<i>Vorgaben und Massnahmen zu Assessment und Behandlung einer Mangelernährung von Patienten</i>

Dekubitusprävention - QVM Handlungsfeld Patientensicherheit

Ziel	<i>Erreichung einheitliches Verständnis und Handhabung von Dekubitus, dessen Prophylaxe und Behandlung im Spital Schwyz</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Pflege</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>ganzes Berichtsjahr</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Verhinderung von Dekubitusbildung bei Patienten im Spital. Das Konzept ist an die Pflegefachpersonen gerichtet und enthält spezifische Assessment und Massnahmen dazu.</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Pflegefachperson HF/FH, FaGe EFZ, Studierende Pflegefachpersonen HF/FH nach Tätigkeitsliste, Lernende FaGe EFZ nach Tätigkeitsliste</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Die Risikoanalyse befindet sich im Pflegeassessment integriert, die Pflegediagnose und -massnahmen werden gemäss der Richtlinie Pflegedokumentation CGM geplant und rückgemeldet. Bei Dekubitusrisiko muss die Pflegediagnose «Gefahr einer Hautschädigung» geplant werden.</i>

Sturzprävention - QVM Handlungsfeld Patientensicherheit

Ziel	<i>Mit gezielten Interventionen Stürze vermeiden durch: Erfassen des Sturzrisikos mittels Assessment durch Pflegefachpersonen bei allen Patienten bei Eintritt, Gezieltes Vorgehen zur Prophylaxe und Massnahmen, Korrekte Dokumentation</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Pflege</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>ganzes Berichtsjahr</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Stürze können verheerende Folgen für Patienten haben. Damit die Patientensicherheit und somit auch die Behandlungsqualität gesteigert werden kann, setzt das Spital Schwyz diese QVM um.</i>
Methodik	<i>Vorgaben für die Risikoerkennung, Massnahmen- und Austrittsplanung zur Verhinderung von Stürzen spezifisch auf die Arbeit der Pflegefachpersonen ausgerichtet.</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>interdisziplinäres Behandlungsteam</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Statistische Erfassung der ereigneten Stürze während dem Spitalaufenthalt</i>

Re-Zertifizierung Palliative-Care-Station

Ziel	<i>Die erfolgreiche Re-Zertifizierung der Palliative-Care-Station stellt einen wichtigen Erfolg dar. Durch die erneute Auszeichnung wurde bestätigt, dass das Spital Schwyz die höchsten Standards erfüllt.</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Palliative-Care-Station</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Dezember 2025</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Dieser Prozess stärkt auch unser Engagement für kontinuierliche Qualitätsverbesserung und die Sicherstellung einer optimalen Behandlung auf höchstem Niveau.</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>interdisziplinär</i>
Weiterführende Unterlagen	<i>https://www.spital-schwyz.ch/de/ihr-aufenthalt/unsere-stationen/palliative-care-station.html</i>

Umsetzung Schweizerische Gute Praxis zur Aufbereitung von Medizinprodukten für Zentralsterilisation (AEMP) und Endoskopie

Ziel	<i>Erfüllung behördliche Anforderungen und Verbesserung der Effizienz, Sicherheit und Qualität der Abläufe</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Zentralsterilisation (AEMP) und Aufbereitung Endoskopie in der Gastroenterologie</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>2024 / 2025 / 2026</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.</i>
Begründung	<i>Zur Erfüllung der Swissmedic-Kriterien und zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung wurde ein umfassender Massnahmenkatalog für die Umsetzung im Berichtsjahr 2025 erstellt</i>
Methodik	<i>Massnahmen konzentrieren sich auf: Prozessoptimierungen, Qualitätssicherung, bauliche Massnahmen, Mitarbeiterschulungen</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>interdisziplinär</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 2015 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

Durch die Bearbeitung der CIRS-Fälle werden Risikopotenziale frühzeitig erkannt, gezielt Massnahmen abgeleitet und eine nachhaltige Qualitätsverbesserung in der Patientenversorgung erreicht.

Im Jahr 2025 gingen 170 Meldungen ein, wovon 24 eine Führungsaufgabe resultierte (keine CIRS-Meldung im klassischen Sinne). Die Einführung einer neuen CIRS-Plattform seit 2024 hat die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert und die Bedienung nutzerfreundlicher gestaltet. Die Möglichkeit für Meldende, eigene Fälle bis zum Abschluss nachzuverfolgen, erhöht die Transparenz und Akzeptanz.

Ziele und strategische Bedeutung

Das CIRS (Critical Incident Reporting System) ist ein zentrales Instrument zur kontinuierlichen Verbesserung der Patientensicherheit und zur Förderung einer offenen Fehlerkultur. Es ist im Handlungsfeld Qualitätskultur verankert.

- **Lernen aus sicherheitsrelevanten Ereignissen** zur Vermeidung zukünftiger Risiken.
- **Systematische Nutzung der Erkenntnisse** zur Implementierung präventiver Massnahmen.
- **Integration von Vermeidungsstrategien** in die täglichen Arbeitsabläufe.
- **Stärkung der Sicherheitskultur** durch gezielte Schulungen und eine offene, konstruktive Fehlerkultur.

Strukturen und Verantwortlichkeiten

- **Meldende:** Alle Mitarbeitende des SSZ, welche direkten/indirekten Kontakt mit Patient:innen haben, können CIRS-Fälle über die Meldeplattform erfassen.
- **CIRS-Verantwortliche:** Steuerung der Meldungsbearbeitung, Triage und Weiterleitung.
CIRS-Manager: Bereichsverantwortliche für Fallbearbeitung, Massnahmenplanung und -umsetzung.
- **Fachgremien:** Spezialbereiche, die bei Bedarf in CIRS-Prozesse eingebunden werden.

Besprechung und Kommunikation

- *Schulungen: Einführungstag für neue Mitarbeitende*
- *CIRS-Manager-Sitzungen: Mindestens zweimal jährlich, bedarfsabhängig häufiger*
- *CIRS-Konferenz: Jährliche Analyse, Festlegung bereichsübergreifender Massnahmen und Systemevaluation*
- *Informationen für Mitarbeitende: Mindestens zwei jährliche Berichte mit relevanten CIRS-Themen*
- *Management Review: Jährliche statistische Auswertung und Bericht über häufige Vorkommnisse*

4.6 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	seit 2011 (SGAR)
anresis.ch ANRESIS: Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen	Alle Fachbereiche	Institut für Infektionskrankheiten, Bern www.anresis.ch www.infect.info	2016 - 2018, 2020 - 2022, 2023
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	> 10 Jahre
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	> 10 Jahre
Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	> 10 Jahre
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	seit 2003
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	seit 2012

STR Schweizer Traumaregister / Swiss Trauma Registry	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin, Versicherungsmedizin	Adjumed Services AG www.adjumed.ch/	<i>seit 2016</i>
---	--	---	------------------

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR Zürich/Zug/Schaffhausen/ Schwyz Krebsregister der Kantone Zürich, Zug, Schaffhausen und Schwyz	Alle	www.krebsregister.usz.ch www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/

4.7 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
Zertifizierungsanforderung für Brustzentren, schweiz. Gesellschaft Senologie & Krebsliga Schweiz	Netzwerkpartner Brustzentrum Luzern	2014	2016	Das Spital Schwyz ist seit 2013 Netzwerkpartner im Brustzentrum Luzern
SGI/KAI Anerkennung	Intensivbehandlungsstation	2009	2022	Re-Zert. 2026 durch ZK-IS
TraumaNetzwerk Zentralschweiz DGU	Chirurgie	2016	2024	SSZ ist seit 2018 Regionales Traumazentrum
qualitépalliative®	Palliative Care Station	2016	2025	
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	ganzes Spital	.	2024	
EFQM	Ausrichtung nach EFQM im ganzen Spital. 2020 Erstzertifizierung 2*	2020	2020	Self Assessment 2010, 2013, 2014, 2019
Rekole®	Betriebliches Rechnungswesen, ganzes Spital	2018	2022	Re-Zert. 2026
SIWF/ISFM Weiterbildungsstätte Anästhesie Kat. C	Anästhesiologie	1989	2025	
SIWF/ISFM Weiterbildungsstätte Intensivmedizin Kat. C	Interdisziplinäre Intensivstation	.	2023	
SIWF/ISFM Weiterbildungsstätte Gynäkologie und Geburtshilfe Kat. B	Gynäkologie und Geburtshilfe	.	2024	
SIWF/ISFM Weiterbildungsstätte operative Gynäkologie/Geburtshilfe	operative Gynäkologie und Geburtshilfe	.	.	voll anerkannt
SIWF/ISFM	Innere Medizin	2016	2023	

Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

<i>Weiterbildungsstätte Allgemeine Innerer Medizin Kat. A</i>				
<i>SIWF/ISFM Weiterbildungsstätte Allgemeine Chirurgie & chirurgische Spezialgebiete (Allg./Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie) Kat. B3, ACT1, V3</i>	<i>Chirurgie</i>			<i>Definitive Anerkennung</i>

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 der Patientenerfahrung (PREMs), Rehabilitation

Ab Frühling 2026 ersetzt der Fragebogen Swiss PREMs Rehabilitation 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 Rehabilitation fragt folgende relevanten Dimensionen ab: Aufnahme/Eintritt, Information/Kommunikation, Pflegepersonal, Ärzteschaft und andere Mitarbeitende, Einbezug in Entscheidungsprozesse, Organisation/Abläufe und Wartezeiten, Vertrauen/Sicherheit bezüglich Behandlung/Betreuung und Aufenthalt, Medikation, Austrittsmanagement. Befragt werden alle Erwachsenen (≥ 16 Jahre), die das Spital oder die Klinik in einem bestimmten Zeitfenster (Erhebungszeitraum) verlassen.

Die Messung erfolgte erstmals im Frühling 2026 und danach im 2-Jahres-Rhythmus. Daten aus der Erhebung mit dem neuen Befragungsinstrument werden erst ab Messjahr 2026 zur Verfügung stehen. Aktuell sind deshalb keine Messergebnisse verlinkt.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

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

Zu den Messergebnissen: [Spital Schwyz](#)

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Digitales Patientenfeedback "Ihre Meinung interessiert uns"

"Ihre Meinung interessiert uns" - die Patientenbefragung zum teilstationären und stationären Aufenthalt ist seit 2024 digitalisiert. Die Teilnahme ist für Patienten:innen freiwillig. Die Angabe von Kontaktdaten ist ebenfalls auf freiwilliger Basis möglich. Die Befragung ermöglicht es den Patienten:innen ihre Meinung zum gesamten Spitalaufenthalt zu äussern. Das Feedbacktool beinhaltet verschiedene Aspekte unserer Dienstleistungen wie die Organisation des Spitaleintritts und Spitalaustritts, Fragen zum Spitalaufenthalt und der Behandlung, Serviceleistungen sowie das Angebot Hotellerie. Ein Textfeld ermöglicht weiterhin auch individuelle Rückmeldungen.

Der gesamte Feedbackprozess wird durch die Digitalisierung optimiert und effizienter. Die Analyse lässt sich detailliert auf die Fachbereiche zugeschnitten analysieren. Die Befragung hilft uns unsere Prozesse weiter zu optimieren und unsere Dienstleistungen noch gezielter zum Wohl der Patienten zu verbessern.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
spitalweit, teilstationär und stationär

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Messergebnisse

Patientenfeedback

Rücklaufquote

- Über das digitale Patientenfeedback-Tool sind im Jahr 2025 gesamthaft 1492 Rückmeldungen eingegangen.
- Dies entspricht einer stabilen Rücklaufquote von 22%.
- Die eingegangenen Rückmeldungen weisen qualitativ einen stark höheren Gehalt aus. Dies auch durch die Möglichkeit des Freitextes in der Kommentarfunktion.

Gesamtzufriedenheit

- Die Patientenrückmeldungen zeigen mit 4.6 von 5 Sternen eine sehr hohe Gesamtzufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt auf.
- Die durchschnittlichen Bewertungen sind durchgehend hoch mit einer Weiterempfehlungsrate von 97%, gleichbleibend wie im Jahr 2024. Das Spital Schwyz liegt damit über dem Benchmark von SQQ mit 95%.
- Der Net Promoter Score (% Promotoren minus % Kritiker) ist mit 67% im Vergleich zum Benchmark von SQQ 48% ebenfalls markant höher.

Lob- und Beschwerdemanagement

- Im Jahr 2025 wurden insgesamt 52 Beschwerden erfasst. Im Vergleich zu 2024 ist dies eine leicht höhere Anzahl von Meldungen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQQ
Methode / Instrument	Software-Tool SQQ Excellence:

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Schwyz

Lob- und Beschwerdemanagement,

Stab Direktion

041 818 41 27

feedback@spital-schwyz.ch

7 Mitarbeitendenzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeitendenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden das Spital als Arbeitgeber/in und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeitendenzufriedenheitsbefragung

Die Mitarbeitendenzufriedenheitsbefragung (MAZ) ist ein zentrales Instrument zur systematischen Einbindung der Meinungen und Einstellungen der Mitarbeitenden. Die MAZ bildet eine Grundlage für evidenzbasierte Entscheidungen, fördert eine offene Feedbackkultur und stärkt die Qualitätskultur.

Primäre Ziele:

- **Steigerung des Mitarbeitenden-Commitment:** Förderung von Engagement, Leistungsbereitschaft und Resilienz
- **Steigerung der Qualität:** Identifikation von Optimierungspotenzialen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Förderung der Führungskultur.
- **Kontinuierliche Entwicklung:** Datenbasierte Entscheidungen zur Verbesserung von Strukturen, Prozessen und Teamdynamiken

Basierend auf den Ergebnissen der Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung arbeiten wir mit den Teams der einzelnen Bereiche zusammen, analysieren die Ergebnisse und entwickeln spezifische Massnahmen zur Optimierung der Zufriedenheit. Dies stärkt die Zufriedenheit der Mitarbeitenden und das Vertrauen in das Spital Schwyz und trägt zur Bindung von Fachkräften bei.

Eine positive Qualitätskultur wirkt sich direkt auf ein motivierendes, wertschätzendes Arbeitsumfeld sowie konstruktive Fehlerkultur aus und stärkt damit die Patientensicherheit und Versorgungsqualität.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeitendenbefragung erfolgt im Jahr 2027.

Ganzes Spital

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	<i>icommit</i>
Methode / Instrument	<i>MA-Befragung mit Benchmark</i>

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Eigene Messung

9.1.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die medizinische Statistik vor 2 Jahren aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

*Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten*

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Einschlusskriterien: Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)

Ausschlusskriterien: Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte

Messergebnisse

Daten 2023

Datenlieferant: BFS

Datenlieferung: jährlich, Publikation 2 Jahre verspätet

Risikoadjustierte Rehospitalisationsrate: 6.62%

Standartisierte Rehospitalisationsrate (SRR): 1.09%

Anzahl berücksichtigter Austritte 4'545

Anzahl beobachteter ungeplanter Rehospitalisationen 295

Angaben zur Messung

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig.

*Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website:
www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/*

Ab dem BFS Datenjahr 2020 findet ein Methodenwechsel statt. Gemäss Entscheid ANQ werden die Daten der Einführungsphase nicht transparent publiziert. Im Jahr 2023 werden dann für das BFS-Datenjahr 2021 neu die «ungeplanten Rehospitalisationen innert 30 Tagen» transparent ausgewiesen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	<i>Daten aus Medizinischer Statistik BFS</i>
Methode / Instrument	<i>Ungeplante Rehospitalisationen – CH-Methode</i>

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 verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Spital Schwyz](#)

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

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

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

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

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

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

Zu den Messergebnissen: [Spital Schwyz](#)

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Wundinfekterfassung wird seit 2009 mit den aufgeführten Eingriffsarten erfasst.

- *Rektumerhebung wurde im 2015 pausiert, ab 2020/2021 keine weitere Erhebung geplant.*
- *Appendektomie Kinder ab 2014 (neue Pflichterhebung).*
- *Herniotomie eingestellt ab 2018 (kaum Infekte, AB-Prophylaxe auf sehr gutem Niveau).*
- *Erfassung Knieimplantate ab 01.10.2019*
- *Erfassung Hüftimplantate bis 30.09.2019, keine weitere Erhebung geplant.*
- *Erfassung Kolonchirurgie*
- *Erfassung Sectio*

Es sind im Zeitraum seit 2009 zahlreiche Optimierungsmassnahmen, z.B. in der Dokumentationsqualität, optimales Zeitfenster der Antibiotika-Prophylaxe, Anpassung von Prozessabläufe, etc. erfolgt.

Die Wundinfektedaten werden im Spital Schwyz monitorisiert und innerhalb der Hygienekommission, den Bereichen und Fachteams besprochen und im Management Review kommentiert. Diesen Austausch erachten wir als sehr wichtig und förderlich für die Patientensicherheit.

Die effektiven Infektraten sind als einzelnes Element wenig aussagekräftig. Es handelt sich um kleine Fallzahlen / Jahr. Die Monitorisierung der kumulativen Infektrate zeigt einen linearen Verlauf, welcher bei allen Eingriffsarten unter dem CH-Benchmark liegt.

11.2 Eigene Messung

11.2.1 SSI Surveillance

In allen internationalen Empfehlungen gilt die Surveillance als wesentliches Strategieelement zur Bekämpfung von SSIs. Dank der regelmässigen Rückmeldung der Surveillance-Ergebnisse verfügen die Spitäler und Kliniken über nützliche Daten für die Qualitätskontrolle. Auf diese Weise lassen sich auch Unterschiede zwischen den Institutionen feststellen. Präventivmassnahmen können korrigiert oder verbessert werden.

Politisch gelten SSI-Surveillance-Programme zunehmend als Indikator für die Behandlungsqualität. Sie sind bei Gesundheitsbehörden, Patientenorganisationen und Versicherern anerkannt.

Was wurde gemessen: Colon, Appendektomien bei Kindern <16J, Kaiserschnitt und Knie-Prothese

*Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Chirurgie, Gynäkologie / Geburtshilfe, Orthopädie*

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Es wurden alle stationäre Patienten/Patientinnen erfasst, die eine überwachte Operation in unserem Spital gehabt haben.

Es wurden Einschluss und Ausschlusskriterien nach dem SSI Swissnosomodul berücksichtigt.

Messergebnisse

Bei allen in unserem Spital erfassten Operationen, liegen die Infektionsraten des Spital Schwyz im Benchmark, sowohl in der aktuellen Periode wie auch bei den kumulierten Daten seit 2009.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnosomodul
Methode / Instrument	SSI Surveillance

11.2.2 CCM-CleanHands

Händedesinfektion ist die wichtigste Massnahme zur Verhinderung von Übertragungen krankmachender/resistenter Keime.

Indikation nach Körperflüssigkeiten, vor und nach Patient, nach Umgebung und vor invasiv.

*Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Ärzte, Pflege*

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Die beobachtenden Gruppen waren Ärzteschaft und Pflegende in stationären Bereichen.

Messergebnisse

Die beobachtete Gesamtcompliance 2025 im Spital Schwyz ist mit 91% höher als im Benchmark (79%).

Betrachtet nach Berufsgruppen haben die Ärzte/innen eine Compliance von 93% und die Pflegenden 90% erreicht, welche jedenfalls höher sind als im Benchmark.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnosomodul
Methode / Instrument	CCM-CleanHands

11.2.3 CAUTI-Surveillance

Das Ziel der Messung ist ein Bild der CAUTI-Prävalenz in unserem Spital zu bekommen und diese Daten mit dem Benchmark vergleichen zu können. Im Jahr 2023 wurde diese Messung pausiert.

Die Daten des Spitals Schwyz im Jahr 2025 zeigten eine Infektionsrate 0.03 Infektionen/100 Patiententage (Benchmark 0.02 Infektionen/100 Patiententage).

Ab Januar 2025 wurden 10 CAUTI im SSZ erkannt, was deutlich höher als im letzten Jahr ist.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Chirurgie, Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Es wurden alle stationäre Patienten/Patientinnen in den Bereichen Chirurgie, Medizin und Gynäkologie/Geburtshilfe berücksichtigt.

Messergebnisse

Die Anzahl liegenden Katheter im Spital Schwyz war 1291, was einer Katheter-Prävalenz von 17.8% entspricht.

Es wurden 10 symptomatische CAUTIs beobachtet, was einer Infektionsrate von 0.03 Infektionen/100 Patiententage entspricht.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
Methode / Instrument	CAUTI-Surveillance

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 Pilotmessung ANQ & internes Sturzprotokoll

Teilnahme an der freiwilligen Pilotmessung von ANQ im Frühjahr 2025.

Internes Sturzprotokoll: Ein Sturzprotokoll wird bei jedem Sturz ausgefüllt und dient der systematischen Sturzprotokoll-Auswertung und Ableitung von Massnahmen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Behandlungsqualität und Sturzprävention.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Daten dienen internen Analysen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

13 Dekubitus

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](#).

13.1 Eigene Messungen

13.1.1 Pilotmessung ANQ & interne Dekubitusprävention

Teilnahme an der freiwilligen Pilotmessung von ANQ im Frühjahr 2025.

Interne Dekubitusprävention: Systematisches Screening zur Erfassung des Dekubitusrisikos bei allen Patient:innen, die in den definierten Bereich gemäss Risikoscreening fallen und entsprechend Präventionsmassnahmen nach individuellem Bedarf umgesetzt. Im Patientendossier sind der Braden-Score gemäss Risikoscreening, der klinische Befund, die durchgeführten Präventionsmassnahmen, die Aufklärung der Patient:innen und Angaben zum Dekubitus dokumentiert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Daten dienen internen Analysen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Rehaspezifische Messungen

15 Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit

15.1 Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation

Schweizer Rehabilitationskliniken und -abteilungen führen die vom ANQ vorgegebenen Messungen jeweils bei Ein- und Austritt der Patientinnen und Patienten durch. Damit machen die Messergebnisse die Fortschritte sichtbar, die während der Behandlung erzielt wurden. Je nach Rehabereich decken die Messungen verschiedene Aspekte der Ergebnisqualität ab.

Die national vergleichenden Auswertungen schliessen die Messergebnisse aller Patientinnen/ Patienten ein, die im jeweiligen Datenjahr aus einer Rehabilitationsklinik austreten.

Die Messungen erfassen je nach Rehabereich die Funktionsfähigkeit, die körperliche Aktivität, die Lebensqualität, die Beeinträchtigungen durch somatische Beschwerden sowie Angst und Depressionen. Je nach Messinstrument basieren die Erhebungen auf den Beobachtungen des Personals, den Selbsteinschätzungen der Patientinnen und Patienten oder auf Leistungstests.

Die Zuteilung der Patientinnen und Patienten auf einen Rehabereich erfolgt gestützt auf das Grundsatzpapier «Definition und Mindestanforderungen in der stationären Rehabilitation» (DefReha© 4.0) von H+.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

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

Zu den Messergebnissen:

- [Muskuloskelettale Rehabilitation](#)
- [Internistische Rehabilitation](#)
- [Onkologische Rehabilitation](#)

Weitere Qualitätsaktivitäten

16 Weitere Qualitätsmessung

16.1 Weitere eigene Messung

16.1.1 Messplan Q-Daten (Akutsomatik, Rehabilitation)

Der Messplan der Q-Daten des Spital Schwyz enthält zahlreiche behandlungsspezifische Messungen. Alle Messungen sind den jeweiligen Prozessen und Bereichen zugeordnet. Die einzelnen Messungen sind mit Zielerreichungsgrad versehen, was der kontinuierlichen Prozessverbesserung dient. Die Erhebungen können internen Charakter haben, teilweise sind externe Benchmark-Vergleiche möglich.

Die Bereichsleitungen prüfen jährlich die Parameter zusammen mit dem Qualitätsmanagement. Im Rahmen des jährlichen Management Review werden Mehrjahrestendenzen analysiert und bei Bedarf Massnahmen eingeleitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Der Messplan und Monitoring dienen der Steuerung und Lenkung von Qualitätsindikatoren sowie der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Behandlungsqualität im Spital Schwyz.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

17 Projekte im Detail

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

17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

17.1.1 Transformation OP-Prozesse

Das Projekt "Transformation OP-Prozesse" befasst sich mit der Analyse und Prozessoptimierungen. Es beinhaltet folgende Zielsetzungen:

- Aufnahme und Überprüfung der IST-Situation und der aktuellen Prozesse
- Identifikation von Optimierungspotentialen und Prozessverbesserungen im aktuellen Betrieb
- Definition eines gemeinsamen Zielbilds für einen effizienten OP-Betrieb und deren Nutzergruppen am Spital Schwyz.
- Ableitung Massnahmen und etappiertes Vorgehen für einen effizienten OP-Betrieb und zur Erreichung des Zielbilds
- Definierter Prozess entlang des Patientenpfades

17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

17.2.1 Re-Zertifizierung Palliative Care

Die äusserst erfolgreiche Re-Zertifizierung im Dezember 2025 bestätigt erneut die hohe Qualität der Dienstleistungen des SSZ. Wir sind stolz darauf, dass die Re-Zertifizierung sehr erfolgreich bewertet wurde, was auf das sehr grosse Engagement und die hervorragende Zusammenarbeit unseres Teams, der interne Wissenstransfer, die Interprofessionalität sowie die strikte Einhaltung hoher Standards zurückzuführen ist.

Dank der engen internen Vernetzung und der unkomplizierten Zusammenarbeit geniesst die Palliative Care Station einen hervorragenden Ruf, nicht nur innerhalb des Spitals, sondern auch in der gesamten Versorgungsregion.

Die telefonische Beratung bildet einen zentralen Baustein der palliativen Versorgung in der Region und trägt so auch wesentlich zur Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung bei. Das kombinierte System aus ambulanter und stationärer Versorgung stellt ein wesentliches Merkmal des Spitals dar.

Die Anzahl der stationären Patienten des *Kompetenzzentrum Palliativ Care* ist im Berichtsjahr 2025 mit 220 Personen unverändert zum Vorjahr.

Hervorzuheben sind folgende Leistungsbereiche:

- **Mobile Einsätze** verzeichnen einen Anstieg um 23 %. Dies weist auf eine verstärkte Betreuung direkt bei den Patienten hin.
- Der **telefonische Support** (in Std.) 2025 weist im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme von 34% (Zunahme 2024 zu 2023 betrug 11.5%). Dies verdeutlicht die wachsende Nachfrage nach telefonischer Beratung. Hierbei ist anzumerken, dass der Kanton Uri 2024 in den telefonischen Support mit aufgenommen wurde.

Diese Entwicklungen zeigen den wachsenden Bedarf an Palliativversorgung und die erfolgreiche Anpassung des Kompetenzzentrums an die steigenden Anforderungen.

[Palliative-Care-Station Spital Schwyz](#)

17.2.2 Beekeeper

Zur Optimierung der Kommunikation wurde die Kommunikationsplattform «Beekeeper» eingeführt. Die Implementierung erfolgte im Jahr 2025. Die interne Kommunikation und der Informationsfluss konnte durch die APP verbessert werden.

17.2.3 Digitalisierung Lob- und Beschwerdemanagement

Im Jahr 2025 konnte das Projekt erfolgreich in den laufenden Betrieb überführt werden. Die Optimierung und Verbesserungen von Prozessen und Dienstleistungen zum Wohle und gemäss den Bedürfnissen der Patienten können nun professionell gemessen, ausgewertet und basierend darauf konkrete Massnahmen umgesetzt werden.

- **Automatisierung des Prozesses:** Der gesamte Feedbackprozess wurde automatisiert, der manuelle Aufwand entfällt und die Effizienz konnte deutlich gesteigert werden.
- **Benutzerfreundliches Dashboard:** Das neue System bietet ein intuitiv bedienbares Dashboard, das eine klare und übersichtliche Darstellung der Ergebnisse ermöglicht.
- **Erweiterte Analysemöglichkeiten:** Die Auswertungen lassen sich gezielt nach verschiedenen Kriterien filtern, z. B. nach Fachbereichen, Fallarten, Versicherungsklassen, Altersgruppen oder Stationen.
- **Gezielte Erkenntnisse und Verbesserungen:** Dank den detaillierten Auswertungen können fundierte Erkenntnisse zur Patientenzufriedenheit gewonnen und daraus gezielt Massnahmen zur Qualitätsverbesserung abgeleitet werden.

17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

17.3.1 Re-Zertifizierung REKOLE

Die Re-Zertifizierung gemäss dem Gütesiegel REKOLE® findet 2026 statt. Ziel ist es, die hohe Zuverlässigkeit der Kostendaten zu bestätigen. Die Zertifizierungsrichtlinien basieren auf der Branchenlösung REKOLE® Betriebliches Rechnungswesen im Spital.

18 Schlusswort und Ausblick

Wir stehen für kompromisslose Qualität und Menschlichkeit in allen unseren Tätigkeiten. Die historisch gewachsene Unternehmenskultur als familiäre und im Grundsatz soziale Institution wird gepflegt und weiterentwickelt.

Dies bedeutet für uns:

- a) Konsequente Weiterentwicklung des Qualitätssystems am Spital Schwyz. Fokussierte Anwendung des Management Review Systems mit stärkerer Betonung des Verbesserungsprozesses. Weniger Kennzahlen, konkrete Zielwerte, umsetzbare Massnahmen.
- b) Bieten von attraktiven Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten um engagierte/motivierte Personen zu behalten und zu rekrutieren.
- c) Duales Führungssystem fördert Mitsprache und Mitgestaltung auf allen Eben. Menschlichkeit und persönliche Kontakte fördern – Unternehmenskultur weiterentwickeln.

Der H+ Qualitätsbericht zeigt Ergebnisqualitätsdaten. Hervorragende Ergebnisqualität ist das Resultat von kontinuierlichen Bemühungen, die Struktur- und Prozessqualität permanent weiter zu entwickeln. Zahlreiche, vielseitige Qualitätsaktivitäten in allen Bereichen des ganzen Spital Schwyz unterstützen das gute Gelingen.

Wir streben laufende Optimierungen an; die gute Qualität des Spital Schwyz soll transparent ausgewiesen werden. Dazu werden „echte medizinische“ Outcome–Daten analysiert. Es ist uns wichtig, die Qualität praxisorientiert, beispielsweise mit internen Audits und möglichen künftigen Peer Reviews, sowie durch Auswertungen der elektronisch verfügbaren Routinedaten nachzuweisen.

Im Zentrum unseres Qualitätsbestreben steht die Patientenzufriedenheit und -sicherheit.

Unsere Patienten, Ihre Angehörige, unsere Mitarbeitende und die zahlreichen externen Partner tragen alle einen wichtigen Teil zum Gelingen der bestmöglichen Patientenbetreuung bei.

Wir wollen Sie und uns ...

„IN GUTEN HÄNDEN“

... wissen.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Spinale Neurochirurgie
Periphere Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Zerebrovaskuläre Störungen
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Nieren (Nephrologie)

Nephrologie (Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Wechseloperationen Hüftprothesen
Wechseloperationen Knieprothesen
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Gynäkologische Tumore
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und $\geq 2000g$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Rehabilitation

Leistungsangebot in der Rehabilitation

Arten der Rehabilitation	
Internistische Rehabilitation	s
Muskuloskelettale Rehabilitation	s
Onkologische Rehabilitation	s

a = ambulant, s = stationär

Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre **Infrastruktur** auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patient:innen, da eine unmittelbarere, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.

Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.

Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, nach Bedarf mit **externen Spezialist:innen** zusammenzuarbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ zum Beispiel mit Schluck-therapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialistinnen bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
Spital Schwyz		
<i>Spital Schwyz</i>	Intensivstation in akutsomatischem Spital	0 km
<i>Spital Schwyz</i>	Notfall in akutsomatischem Spital	0 km

Herausgeber



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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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