



**Spital
Zollikerberg**

Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

Version



Spital Zollikerberg

www.spitalzollikerberg.ch



Akutsomatik

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

Frau
Fiona Römer
Leitung Prozessmanagement & Qualitätsentwicklung
044 397 31 17
fiona.roemer@spitalzollikerberg.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 Qualitatsvertrag gemäss Art. 58a KVG (QV58a). Weitere Informationen zum Qualitatsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – [Qualität – Qualitatsvertrag](#). 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 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 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

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	13
4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG	13
4.2 Teilnahme an nationalen Messungen	14
4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	15
4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	16
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte	18
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	21
4.5.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews	22
4.5.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)	23
4.6 Registerübersicht	24
4.7 Zertifizierungsübersicht	26
QUALITÄTSMESSUNGEN	28
Erhebung der Patientenerfahrung	29
5 Patientenerfahrung	29
5.1 Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik	29
5.2 Eigene Befragung	30
5.2.1 Online Patientenbefragung (stationäre Patienten/-innen)	30
5.2.2 Patientenzufriedenheitsumfrage Therapiezentrum	31
5.2.3 Patientenzufriedenheitsumfrage Dialyse	32
5.2.4 Patientenzufriedenheitsumfrage Ambulatorium Frauenklinik	32
5.2.5 Patientenzufriedenheitsumfrage Gastroenterologie	33
5.2.6 Patientenzufriedenheitsumfrage Radiologie	34
5.2.7 Elternzufriedenheitsumfrage Kinder-Permanence	34
5.2.8 Patientenzufriedenheitsumfrage Onkologie	35
5.2.9 Patientenzufriedenheitsumfrage Geburtshaus	35
5.2.10 Patientenzufriedenheitsumfrage Hauptempfang	36
5.2.11 Patientenzufriedenheitsumfrage "Ihre Meinung"	36
5.3 Beschwerdemanagement	37
6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern	38
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich, Akutsomatik	38
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	
<i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.</i>	
8 Zuweiserzufriedenheit	39
8.1 Eigene Befragung	39
8.1.1 Zuweiser:in Befragung Radiologie	39
Behandlungsqualität	40
Messungen in der Akutsomatik	40
9 Wiedereintritte	40
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	40
10 Operationen	41
10.1 Hüft- und Knieprothetik	41
10.2 Eigene Messung	42

10.2.1	Implantatregister Schulter (SIRIS)	42
10.2.2	Implantatregister (Spine).....	43
11	Infektionen	44
11.1	Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen	44
11.2	Eigene Messung	45
11.2.1	Nationale Erhebung der Händehygieneadhärenz Clean Care Monitor - Clean hands Swissnoso	45
12	Stürze	47
12.1	Eigene Messung	47
12.1.1	Messdaten der Stürze	47
13	Dekubitus <i>Wir erfassen die Dekubitus standardisiert in unserem Klinikinformationssystem, haben jedoch noch keine Auswertung vom 2025 durchgeführt.</i>	
	Psychiatriespezifische Messungen	0
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung <i>Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.</i>	
	Rehaspezifische Messungen	0
15	Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit <i>Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.</i>	
	Weitere Qualitätsaktivitäten	48
16	Weitere Qualitätsmessung	48
16.1	Weitere eigene Messung	48
16.1.1	Forum Indikationsqualität ZHNET (Akutsomatik)	48
17	Projekte im Detail	50
17.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	50
17.1.1	Clean Care Monitor - SSI Applikation Swissnoso	50
17.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025	50
17.2.1	Kein Projekt im aktuellen Berichtjahr	50
17.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	51
17.3.1	Re-Zertifizierung der AEMP	51
18	Schlusswort und Ausblick	52
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	53
	Akutsomatik	53
	Herausgeber	55

1 Einleitung

Das Akutspital Zollikerberg ist ein traditionsreicher und innovativer Betrieb der Stiftung Diakoniewerk Neumünster - Schweizerische Pflegerinnenschule, einem modernen Unternehmen im Gesundheits- und Sozialwesen. Die damalige «Kranken- und Diakonissenanstalt Neumünster» öffnete 1858 am Zürcher Hegibachplatz ihre Türen und wurde 1931 in die Stiftung Diakoniewerk Neumünster überführt. 1933 zog das «Neumünster-Spital» in die Gemeinde Zollikerberg. 1998 fusionierte die Stiftung mit der Schweizerischen Pflegerinnenschule. Damit ist die Entstehung des Akutspitals Spital Zollikerberg auch ein Stück Frauengeschichte.

Das Spital Zollikerberg, Mitglied im Verband der Zürcher Krankenhäuser (VZK), ist ein modernes Akutspital, das die Tradition der Menschlichkeit respektvoll weiterlebt.

Komplettes Angebot

Vom Röntgen bis zur Rehabilitation finden Sie bei uns alles unter einem Dach: eine 24-Stunden-Notfallstation, die Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, eine Frauenklinik mit Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie, die Neonatologie und eine Kinder-Permanence, Plastische Chirurgie, Brustkrebsbehandlung, die Nephrologie inklusive Dialysezentrum, Anästhesie & Intensivmedizin, Radiologie sowie Psychiatrie. Die mit rund 179 Betten überschaubare Grösse unseres Hauses garantiert kurze Wege, schnelles Eingreifen und den direkten Austausch unter den Fachärzten. Im Jahr 2025 behandelte das Spital 11'573 Menschen stationär sowie 64'891 ambulant und führte 7'079 Operationen durch. 2025 kamen 2'155 Babys im Spital Zollikerberg zur Welt. Zum zehnten Mal in Folge kamen über 2'000 Babys innerhalb eines Jahres zur Welt. Damit bestätigt das Spital Zollikerberg seinen Platz als eine der beliebtesten Geburtskliniken der Schweiz.

Mehr als ein Spital

Nebst professionellen medizinischen und pflegerischen Leistungen bietet das Spital Zollikerberg viele zusätzliche Besonderheiten, die zu Ihrem Wohlbefinden beitragen sollen. So profitieren Patientinnen und Patienten auch von integrativer, komplementärer Medizin im Haus, dem Therapie-Zentrum Spital Zollikerberg mit einem umfassenden Therapie- und Präventionsangebot sowie vielen auf dem Gelände angesiedelten Spezialpraxen.

Aber nicht nur vor Ort werden Besonderheiten angeboten. So ermöglicht das Spital Zollikerberg seit Spätherbst 2021 spitaläquivalente Behandlungen im Zuhause seiner Patientinnen und Patienten. Das neue Zusatzangebot «Visit – Spital Zollikerberg Zuhause» ist der Inbegriff patientenzentrierter Versorgung und ist in dieser Form einzigartig in der Schweiz. 93.1 % aller Visit-Patientinnen und -Patienten würden sich wieder für eine spitaläquivalente Behandlung zu Hause entscheiden. Darüber hinaus besteht eine enge und etablierte Zusammenarbeit mit der Fachpraxen AG, zu welcher das Gesundheitszentrum Hottingen, die Onkologie Bellevue sowie die Prodorso gehört. Diese Kooperation ermöglicht eine nahtlose, interdisziplinäre Betreuung und trägt wesentlich zur hohen Behandlungsqualität und Kontinuität entlang des gesamten Patientenpfades bei.

Zusammenarbeit

In unserem Haus begegnen sich unsere rund 1'243 Mitarbeitenden auf Augenhöhe. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit über Berufsgruppen und Fachgebiete hinaus spiegelt sich auch im Organigramm wider. Die spezialisierten Kliniken werden gemeinsam von einer Chefärztin oder einem Chefarzt und einer Pflegeexpertin geführt.

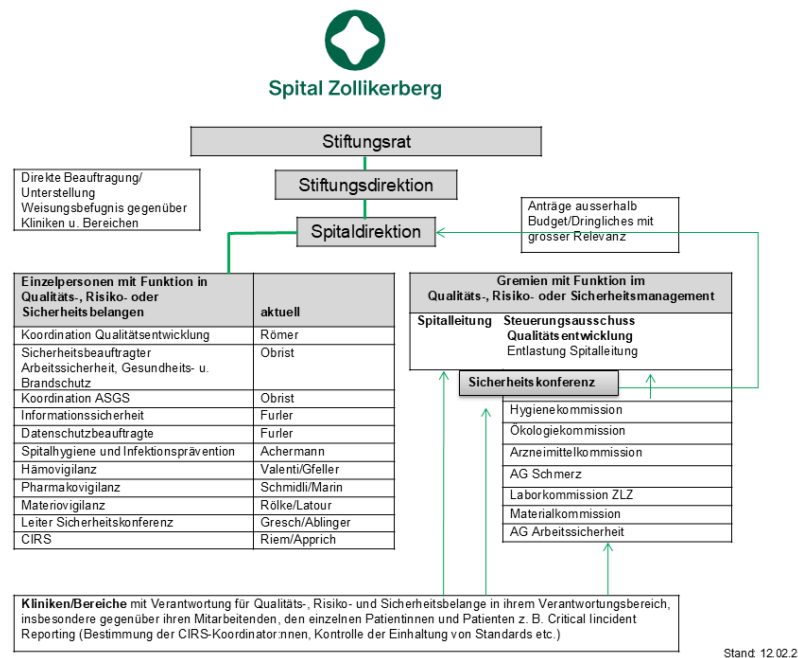
Konstant hohe Patientenzufriedenheit

Sehr gefreut haben wir uns über die Ergebnisse der stationären Patientenbefragung. Bei der Frage zur Zufriedenheit über alle Bereiche des Spitals wurde ein Wert von 5.7 von 6 erreicht. Auch die Wahrscheinlichkeit der Wiederwahl des Spitals liegt mit 5.8 auf einem sehr hohen Niveau. Die Wahrscheinlichkeit einer Weiterempfehlung wurde ebenfalls mit 5.9 bewertet.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



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

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuell verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:
direkt dem CEO unterstellt

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **310%** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Fiona Römer

Leiterin Prozessmanagement &

Qualitätsentwicklung

0443973117

fiona.roemer@spitalzollikerberg.ch

3 Qualitätsstrategie

Der Auftrag der Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnenschule an das Spital Zollikerberg ist klar und prägnant formuliert: überdurchschnittliche Leistungsqualität wirksam und effizient zu erbringen.

Die Qualitätsentwicklung im Spital Zollikerberg ist im Sinne des Total Quality Managements auf allen Ebenen des Spitals verankert. Das oberste Steuerungsgremium bildet die Spitalleitung, welche im Rahmen der Jahresziele ein- bis mehrjährige Qualitätsziele sowie zentrale Massnahmen im Qualitätsmanagement festgelegt (z. B. Qualitätsmessungen und Projekte).

Die operative Koordination liegt bei der Leitung Prozessmanagement & Qualitätsentwicklung, welche die Spitalleitung entlastet und die Umsetzung sowie Abstimmung der Qualitätsaktivitäten begleitet.

Kontinuierliche Qualitätsverbesserung

Zur Sicherstellung des überdurchschnittlichen Qualitätsanspruchs kommen im Spital Zollikerberg verschiedene Instrumente und Verfahren zum Einsatz. Diese ermöglichen eine kontinuierliche Beobachtung, Reflexion und Weiterentwicklung der Leistungen. Verbesserungsmaßnahmen werden interdisziplinär erarbeitet.

Im Zentrum steht dabei der Regelkreis der kontinuierlichen Verbesserung (Plan-Do-Check-Act), der sowohl auf System- als auch auf individueller Ebene als lernorientierter Ansatz verankert ist.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

- *Prozessmodellierung, bei Bedarf Prozessimplementierung und -optimierung in allen Managementbereichen und Supportbereichen, sowie erste im Kernprozess entlang des Patientenpfads*
- *Umsetzung des Qualitätsvertrags 58a und der Implementierung von Kennzahlen der Qualitätsverbesserungsmaßnahmen wo möglich*
- *Einführung eines zentralen Dokumentenmanagementsystems*
- *Zusammentragen aller vorhandenen Qualitätsverbesserungsmaßnahmen in einem Qualitätsmanagementsystem*

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

- *Das Projekt zur systematischen Prozesserarbeitung und -implementierung wurde erfolgreich abgeschlossen. In dessen Folge konnte das Prozessmanagement als integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements nachhaltig etabliert werden und gewann innerhalb der Organisation an Anerkennung und Sichtbarkeit.*
- *Das Angebot VISIT Hospital at Home wurde kontinuierlich weiterentwickelt und erfolgreich implementiert. Es stellt heute ein fest verankertes Versorgungsmodell dar, das von Patientinnen und Patienten sehr positiv wahrgenommen wird.*
- *Das stiftungsweite Projekt "Kultour" trug wesentlich zur Förderung und Stärkung der internen Zusammenarbeit und der organisationsübergreifenden Arbeitsbeziehungen innerhalb der Stiftung bei. Darüber hinaus gingen aus dem Projekt mehrere weiterführende Initiativen hervor.*

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Kontinuierliche Qualitätssicherung

In unserem Betrieb werden eine Vielzahl von Instrumenten eingesetzt, mit denen wir sicherstellen, dass die Qualität unserer Leistungen kontinuierlich beobachtet und hinterfragt wird. Disziplinar, aber meist interdisziplinär und interprofessionell werden Massnahmen entwickelt, die zu Verbesserungen führen. Oberstes internes Auswertungs- und Berichtsgremium stellt die Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung dar.

Sicherheitskonferenz, Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung sowie Qualitätszirkel

Die interdisziplinäre Sicherheitskonferenz findet im zweimonatlichen Rhythmus statt und stellt ein zentrales Gefäss zur Förderung der Patientensicherheit sowie der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung dar. An der Konferenz nehmen Vertreterinnen und Vertreter aus sämtlichen klinischen und nicht-klinischen Bereichen teil.

Im Fokus stehen die systematische Analyse und Diskussion sicherheitsrelevanter Ereignisse sowie die Ableitung und Koordination geeigneter Verbesserungsmaßnahmen. Behandelt werden insbesondere Themen aus den Bereichen Patientensicherheit, CIRS (Critical Incident Reporting System), verschiedene Vigilanzsysteme (z. B. Hämovigilanz, Materiovigilanz, Pharmakovigilanz) sowie Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz. Durch die aktive Teilnahme von Klinik- und Bereichsverantwortlichen wird sichergestellt, dass beschlossene Massnahmen zeitnah und wirksam in den jeweiligen Organisationseinheiten umgesetzt werden können.

Die Verantwortlichen der Sicherheitskonferenz rapportieren regelmässig an die Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung. Die dort eingebrachten Erkenntnisse und Handlungsfelder dienen unter anderem als wichtige Grundlage für die inhaltliche Ausgestaltung und Priorisierung von Qualitätszirkeln. Ergänzend zur Sicherheitskonferenz finden regelmässig themenspezifische Qualitätszirkel statt, in denen ausgewählte Fragestellungen vertieft bearbeitet und kontinuierliche Verbesserungsprozesse weiterentwickelt werden.

Standards

Zahlreiche Standards und verbindliche Arbeitsabläufe sind bereits im zentralen Dokumentenmanagementsystem des Spitals hinterlegt und für alle Mitarbeitenden transparent zugänglich. Das Prozessmanagement unterstützt systematisch die Entwicklung, Harmonisierung und Implementierung einheitlicher Vorgehensweisen im gesamten Haus, um eine konsistente und qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen. Alle im zentralen Dokumentenmanagementsystem geführten Dokumente werden automatisiert in das Intranet des Spitals überführt und stehen den Mitarbeitenden dadurch stets in der aktuellen, freigegebenen Version zur Verfügung. Die bestehenden Standards werden kontinuierlich überprüft, weiterentwickelt und bei Bedarf aktualisiert.

„Ihre Meinung“-Fragebogen und Patienteninterviews

Alle austretenden Patientinnen und Patienten erhalten, ergänzend zur Vorort durchgeführten Patientinnen- und Patientenonlinebefragung, ein Formular auf welchem sie einen Kommentar zum Spitalaufenthalt abgeben können. Jährlich werden so über 2000 schriftliche Rückmeldungen von der Direktion entgegengenommen, geprüft und nötigenfalls Massnahmen eingeleitet.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Das Spital Zollikerberg beteiligt sich aktiv an der Ausbildung von verschiedenen Berufsgruppen:

Assistenzärztin/- arzt	118
Unterassistent/in	72
Studierende Hebamme FH	23
Studierende/-r Pflege FH / HF	64
Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ i. A.	62
Studierende/-r Ernährungsberater/-in FH	2

Studierende/-r Ergotherapie	2
Studierende/-r Physiotherapie FH	9
Dipl. Pflegefachfrau/-mann Anästhesie i. A. (NDS)	6
Dipl. Pflegefachfrau/-mann Intensivpflege i. A. (NDS)	3
Dipl. Pflegefachfrau/-mann Notfall i.A. (NDS)	3
Fachfrau/Fachmann Operationstechnik HF i. A.	10
Dipl. Radiologiefachfrau/-mann HF i. A.	2
Fachmann/Fachfrau Betriebsunterhalt EFZ i. A.	1
ICT Fachfrau/Fachmann EFZ i. A.	1
Kauffrau/-mann EFZ i. A.	5
Fachfrau/-mann Hauswirtschaft EFZ i. A.	1
Unterhaltspraktiker EBA	2
Assistent/-in Gesundheit und Soziales i. A.	1
Köch:in EFZ	3
Logistiker:in EFZ	2
Medizinische Praxisassistentin	7
Mediamatiker/-in i. A.	1

Jährlich werden am Spital Zollikerberg rund 150 zentral organisierte sowie zahlreiche dezentral durchgeführte interne Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Diese tragen wesentlich dazu bei, die fachliche Kompetenz der Mitarbeitenden zu sichern sowie die Qualität der erbrachten Dienstleistungen kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Ergänzend dazu wird den Mitarbeitenden die Teilnahme an externen Fort- und Weiterbildungen ermöglicht. Durch diese systematische Förderung der beruflichen Qualifikation leistet das Spital Zollikerberg einen bedeutenden Beitrag zur Sicherstellung einer leistungsfähigen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich.

Kooperationen

Das Spital Zollikerberg bietet, dank der Zusammenarbeit mit ZURZACH Care, Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, die Rehabilitation nach einer orthopädischen oder unfallbedingten Operation wohnortsnah durchzuführen. In den Gebäuden des Spitals ist die "Rehaklinik Zollikerberg" eingemietet und betreibt eine Abteilung für muskuloskeletale Rehabilitation auf hohem medizinischen Niveau.

Weiter betreibt das Spital Zollikerberg und die Privatklinik Hohenegg in einem Kooperationsprojekt das Zentrum für psychische Gesundheit. Das Zentrum unterstützt die Kliniken bei der Behandlung von akut kranken Patientinnen und Patienten mit psychischen Problemen.

Die Frauenklinik des Spital Zollikerberg stärkt ihre Kompetenzen im Bereich der Brustgesundheit ebenfalls nachhaltig; Das zertifizierte BrustCentrum Zürich, eine Kooperation der Spitäler Bethanien & Zollikerberg vereint fachliche Exzellenz mit streng definierten Qualitätskriterien und einer peripheren Verankerung.

Zusätzlich besteht eine Kooperation mit der Tertianum Residenz. Diese Partnerschaft ermöglicht eine nahtlose Betreuung und einen optimalen Übergang von der stationären Spitalversorgung in den betreuten Wohn- und Pflegebereich, insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten.

Ganzheitliche Prozessoptimierung entlang des Patientenpfads

Seit 2025 ist das Prozessmanagement als fester Bestandteil der Organisationsstruktur im Spital Zollikerberg verankert. In diesem Rahmen wird schrittweise ein digitales Tool zur Modellierung, Steuerung und Weiterentwicklung von Geschäftsprozessen sowie zur integrierten Dokumentenverwaltung eingeführt.

Diese systematische Arbeitsweise verfolgt das Ziel, sämtliche Kern- und Unterstützungsprozesse strukturiert zu erfassen, zu analysieren und weiterzuentwickeln sowie bestehende Dokumente laufend an aktuelle fachliche, organisatorische und regulatorische Anforderungen anzupassen. Die grundlegenden Prozesse sollen bis Ende 2027 vollständig aufgenommen und modelliert werden. Darauf aufbauend erfolgt eine kontinuierliche, langfristige und lebenszyklusorientierte Weiterentwicklung im Sinne eines nachhaltigen Qualitäts- und Verbesserungsmanagements.

Im Zentrum steht die konsequente Ausrichtung der Prozesse am Patientenpfad („Patient Journey“). Durch die ganzheitliche Analyse und Optimierung der Abläufe entlang der gesamten Versorgungskette wird eine durchgängige, koordinierte und patientenorientierte Leistungserbringung sichergestellt. Medizinische, pflegerische, therapeutische und administrative Prozesse werden integriert betrachtet und auf definierte Qualitätsziele und Leistungskennzahlen ausgerichtet.

Die modellierten Prozesse werden systematisch mit relevanten Qualitätsindikatoren verknüpft, um Transparenz über Prozessqualität, Ergebnisqualität und Patientensicherheit zu schaffen. Dadurch können Abweichungen frühzeitig erkannt, gezielte Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und deren Wirksamkeit überprüft werden.

Die Einführung des Systems erfolgt schrittweise und in enger Zusammenarbeit mit den betroffenen Fachbereichen. Dies fördert eine hohe Praxisnähe, Akzeptanz und nachhaltige Implementierung der neuen Prozessstandards.

Mit diesem Ansatz stärkt das Spital Zollikerberg seine digitale und organisatorische Zukunftsfähigkeit und etabliert eine transparente, effiziente und qualitätsorientierte Prozesslandschaft. Gleichzeitig wird eine datenbasierte Steuerung der Versorgungsqualität entlang des gesamten Patientenpfads ermöglicht und kontinuierlich weiterentwickelt.

Das Spital Zollikerberg setzt damit ein starkes Zeichen für Innovation und kontinuierliche Verbesserung im Gesundheitswesen.

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 : 04.12.2025		Externe Überprüfung QV58a KVG ²		Prüfstelle	Kommentar Spital
		Ergebnis			
<i>Qualitätsmanagementsystem</i>	⊘	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
<i>Qualitätskultur</i>	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Interprofessionelle Peer Reviews	✓				
▪ Interaktives Lernen im Room of Horrors	✓				
▪ Mitarbeitendenbefragung	✓				
▪ Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	✓				
▪ Qualitätszirkel	✓				
<i>Patientensicherheit</i>	-	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Checkliste sichere Chirurgie	✓				
▪ Dekubitusprävention FHV	⊘				
▪ Prävention akuter Verwirrtheit	✓				
▪ Intraoperative Adverse Events nach ClassIntra	✓				
▪ Management der Mangelernährung	⊘				
▪ Patient Blood Management	✓				
▪ Strukturelle Mindestanforderungen zur HAI Prävention	✓				
▪ Sturzprävention	⊘				
▪ Surgical Site Intervention (SSI) Modul von Swissnoso	✓				

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.anq.ch.

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

4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Obligatorische Messung der Indikations- und Ergebnisqualität bei Patienten mit primären Hüft- und Knieprothesenoperationen in den Listenspitälern des Kt. ZH
▪ Qualitätszirkel Kolonchirurgie der GD Zürich
▪ Qualitätszirkel Hüft-/Knieprothetik der GD Zürich
▪ Qualitätszirkel Wirbelsäulenchirurgie der GD Zürich
▪ Qualitätszirkel Brustkrebs der GD Zürich

Bemerkungen

Ergänzend zur internen Qualitätsentwicklung beteiligt sich das Spital Zollikerberg verpflichtend an den Qualitätszirkeln der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Das Spital nimmt dabei an sämtlichen Qualitätszirkeln teil, die seinem Leistungsspektrum entsprechen.

Im Zentrum dieser interinstitutionellen Austauschformate steht die systematische Analyse und Bewertung der Ergebnisqualität. Die teilnehmenden Akutspitäler diskutieren ihre Leistungsdaten offen und transparent, um voneinander zu lernen, Verbesserungspotenziale zu identifizieren und gemeinsame Qualitätsstandards weiterzuentwickeln. Die im Rahmen der Qualitätszirkel behandelten Daten und Inhalte verbleiben dabei ausschliesslich innerhalb der jeweiligen Gruppen und unterliegen strengen Vertraulichkeitsvereinbarungen.

Zunehmend gewinnt zudem die Koordination von Registerdaten mit den bei der Gesundheitsdirektion verfügbaren Qualitäts- und Leistungsdaten an Bedeutung. Diese datenbasierte Vernetzung stärkt die Zusammenarbeit zwischen den Spitälern und den kantonalen Stellen und trägt dazu bei, die Versorgungsqualität evidenzbasiert, effizient und nachhaltig weiterzuentwickeln.

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>
▪ Online Patientenbefragung (stationäre Patienten/-innen)
▪ Patientenzufriedenheitsumfrage Therapiezentrum
▪ Patientenzufriedenheitsumfrage Dialyse
▪ Patientenzufriedenheitsumfrage Ambulatorium Frauenklinik
▪ Patientenzufriedenheitsumfrage Gastroenterologie
▪ Patientenzufriedenheitsumfrage Radiologie
▪ Elternzufriedenheitsumfrage Kinder-Permanence
▪ Patientenzufriedenheitsumfrage Onkologie
▪ Patientenzufriedenheitsumfrage Geburtshaus
▪ Patientenzufriedenheitsumfrage Hauptempfang
▪ Patientenzufriedenheitsumfrage "Ihre Meinung"
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiser:in Befragung Radiologie

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Operationen</i>
▪ Implantatregister Schulter (SIRIS)
▪ Implantatregister (Spine)
<i>Infektionen</i>
▪ Nationale Erhebung der Händehygieneadhärenz Clean Care Monitor - Clean hands Swissnoso
<i>Stürze</i>
▪ Messdaten der Stürze
<i>Weitere Qualitätsmessung: Akutsomatik</i>
▪ Forum Indikationsqualität ZHNET

4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Zufriedenheitsbefragungen - ambulante und stationäre Patientinnen und -Patienten

Ziel	<i>Hohe Patientenzufriedenheit / Erfassen der Patientenrückmeldungen, ableiten und umsetzen von Massnahmen</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Gesamtes Spital Zollikerberg</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Permanentumfrage (Feedbackbogen) und punktuell</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.</i>
Begründung	<i>Kontinuierliche Erfassung der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit</i>
Methodik	<i>Qualitative und quantitative Fragebögen</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Verschiedene Fachpersonen der Bereiche</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Analyse der Ergebnisse, Ableiten von Massnahmen mit den Verantwortlichen, Adaptation und Umsetzung von Verbesserungen im Gesamtspital</i>

Qualitätsmanagement allgemein

Ziel	<i>Kontinuierliche Qualitätssicherung und -entwicklung in allen Bereichen</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Gesamtes Spital Zollikerberg</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>kontinuierlich</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Methodik	<i>PDCA-Zyklus, Root-Cause-Analyse etc.</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Verschiedene Fachpersonen der Bereiche</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Punktuell in verschiedenen Bereichen</i>

Infektionsprävention und Spitalhygiene

Ziel	<i>Vermeidung von nosokomialen Infekten</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Gesamtes Spital Zollikerberg</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>kontinuierlich</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Erhöhung der Patientensicherheit / vermeiden unnötiger Kosten</i>
Methodik	<i>Umsetzung der Swissnoso-Richtlinien sowie interner Guidelines</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Fachexpertinnen für Spitalhygiene und Infektionsprävention, Hygienekommission sowie Infektiologie</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Regelmässige Erfassung und Erhebung innerhalb einzelner Swissnoso-Module</i>

Projekt Prozessarbeitung- und Implementierung

Ziel	<i>Implementierung, Verankerung und kontinuierliche Verbesserung eines digitalen Prozess- und Dokumentenmanagements</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Gesamtes Spital Zollikerberg</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>kontinuierlich</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Qualitätssteigerung, Standardisierung, kontinuierliche Qualitätsverbesserung</i>
Methodik	<i>Workshops mit Beteiligten, Visualisierung der aktuellen Prozessen, Definition der gewünschten Zielprozesse - interdisziplinäre Gruppen erarbeiten gemeinsam Prozesse</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>alle</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>regelmässiges Projekt-Controlling</i>

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Prozess- und Dokumentenmanagement

Ziel	<i>Sämtliche Kern-, Führungs- und Supportprozesse sind systematisch erhoben, modelliert und in einem zentralen Prozessmanagementsystem abgebildet. Allgemeingültige Dokumente (Weisungen, Richtlinien, Konzepte, Formulare) sind versioniert, freigegeben und im z</i>
Bereich, in dem die Aktivität läuft	<i>Prozessmanagement & Qualitätsentwicklung</i>
Aktivität: Laufzeit (seit...)	<i>seit 2024</i>
Art der Aktivität	<i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>
Begründung	<i>Ein strukturiertes Prozess- und Dokumentenmanagement bildet die Grundlage für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung, Patientensicherheit und regulatorische Konformität (u.a. kantonale Vorgaben, ANQ, Audits). Durch die zunehmende organisatorische Komplexität, interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie Digitalisierung ist eine transparente, verbindliche und zentral gesteuerte Prozess- und Dokumentenlandschaft essenziell. Ziel ist es, Wissen zu sichern, Verantwortlichkeiten zu klären, Schnittstellen zu definieren</i>
Methodik	<i>Interdisziplinäre Prozessworkshops mit Fachexpert:innen Modellierung der Prozesse im Prozessmanagementsystem (IQSoft) Definition von Prozessverantwortlichen Standardisierte Dokumentenvorlagen Geregelter Freigabe- und Versionierungsprozess Verknüpfung</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Ärztlicher Dienst Pflege Therapeutische Dienste Hotellerie & Supportbereiche Administration ICT Spitalleitung Qualitätsmanagement & Prozessmanagement (Interprofessionelle Zusammenarbeit als zentrales Element)</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>Monitoring des Modellierungsgrades (Anteil abgebildeter Kernprozesse) Rückmeldungen aus den Fachbereichen Ergebnisse interner und externer Audits Überprüfung der Aktualität und Versionierung von Dokumenten Nutzung des Systems im Arbeitsalltag (Praxisintegration) Die Evaluation erfolgt fortlaufend im Rahmen der Qualitätsentwicklung.</i>
Weiterführende Unterlagen	<i>Übergeordnetes Prozessmanagement-Konzept Dokumentenlenkungskonzept Organigramm Prozessverantwortlichkeiten Schulungsunterlagen Prozesslandkarte Spital Zollikerberg</i>

Digitalisierung, sodass Kennzahlen aus den Routinedaten des KIS gezogen werden können

Ziel	<i>alle manuellen Prozesse, welche sich digitalisieren lassen zu digitalisieren im Rahmen der verschiedenen Qualitätsverbesserungsmassnahmen, sodass wir die Kennzahlen aus den Routinedaten extrahieren können.</i>
Bereich, in dem die Aktivität läuft	<i>gesamtes Spital</i>
Aktivität: Laufzeit (seit...)	<i>permanent</i>
Art der Aktivität	<i>Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.</i>
Begründung	<i>Qualität der Daten erhöhen und zeitnahe Daten und</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>alle aber mit Fokus auf die Informatik</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 2016 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.

4.5.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews

Das interprofessionelle Review ist ein kollegiales Verfahren, um unter Einbezug von externen Fachpersonen Patientenfälle retrospektiv zu analysieren, im kollegialen Austausch zu besprechen und – falls notwendig – gemeinsam Qualitätsverbesserungsmassnahmen zu erarbeiten. Ziel ist es, einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess auszulösen und eine Sicherheits- und Lernkultur in den teilnehmenden Spitälern und Kliniken zu etablieren.

4.5.2.1 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2016 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin ([IQM](#)) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und der Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patient:innen zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus den folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/mitglieder/report/krankenhaeuser/spital-zollikerberg> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM-Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2019 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

2020 und 2021 organisierte IQM aufgrund der Covid-19-Pandemie keine klinikübergreifenden Peer Reviews.

Bemerkungen

Es wird jährlich an 1-2 Peer Reviews teilgenommen.

4.5.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)

Patient-reported Outcome Measures (PROMs) messen die von Patient:innen individuelle, subjektive Wahrnehmung einer Behandlung auf die Lebensqualität. Neben anderen Indikatoren messen sie die Behandlungsqualität und geben ein Abbild der Lebensqualität der Patient:innen entsprechend ihren individuellen Werten, Präferenzen und Vorstellungen. Die Messung erfolgt mittels standardisierter, international validierter Fragebögen zum subjektiven Gesundheitszustand vor, während und nach einer Behandlung. Die Erfassung und Analyse von PROMs haben einen vielfältigen Nutzen. Sie helfen beispielsweise die Kommunikation und Shared-Decision-Making mit den Patient:innen zu verbessern. Zudem erhält das medizinische Fachpersonal eine zeitnahe Rückmeldung über den Behandlungserfolg aus Sicht der Patient:innen und kann weitere Schritte einleiten.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgenden PROM-Messungen durchgeführt/geplant:					
Krankheitsbild	Leistungsbereich	Behandlungspfad(e)/Klinik(en)	Verwendete Score(s)	Seit/Ab	Kommentare
Hüft- und Knie Primäroperationen	Bewegungsapparat chirurgisch		keine	Seit 2012	

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/	2001
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	2011
Infreporting MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	k.A.
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	2008
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	k.A.
Neonatal Registry Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php...	2002
Safw DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch	2022
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/	k.A.

SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	k.A.
SPNR Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister	Prävention und Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Nephrologie, Pädiatrische Nephrologie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern www.kindernierenregister.ch	k.A.
SPSU Swiss Paediatric Surveillance Unit	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infekti...	2004
srrqap Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Stadtspital Zürich Waid, Institut für Nephrologie -- srrqap www.swissnephrology.ch	k.A.
SwissNeoNet Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.swissneonet.ch	k.A.
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	k.A.

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
EN-ISO 13485:2016	Zentrale Sterilgutversorgung AEMP	2013	2025	Re-Zertifizierung
Palliative Care	Spezialisierte Pflegestation (Innere Medizin)	2018	2021	Label: Qualität in der Palliative Care
Arbeitssicherheit: H+ Branchenlösung	Gesamtes Spital	2005	2025	obligatorisch
Strahlenschutz gemäss Strahlenschutzverordnung 814.1	Radiologie	2005	2018	obligatorisch
CSS - Krankenversicherung - Struktur-und Qualitätsaudit	Spital, Neonatologie	2017	2019	fakultativ
CIRS Audit	Gesamtes Spital	2017	2017	Auflage der Gesundheitsdirektion ZH
Strukturüberprüfung für Spitäler der Spitalliste	Gesamtes Spital	2017	2017	obligatorisch
Daten-Validierung Swiss Noso	obligatorische Indikationen	2015	2022	obligatorisch
Zertifizierung BrustCentrum Krebsliga	BrustCentrum Zürich	2019	2024	obligatorisch Re-Zertifizierung
Zertifizierte Weiterbildungsstätte SIWF	ganzer Betrieb	n.A	2022	Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkennt die geleistete Unterstützung für die ärztliche Weiterbildung.
Zertifizierung BrustCentrum DKG	BrustCentrum Zürich	2020	2024	Re-Zertifiziertes Brustkrebszentrum DKG

Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

<i>ERAS Implementation Program</i>	<i>Klinik Chirurgie</i>	<i>2023</i>	<i>2023</i>	<i>ERAS Society</i>
<i>Nach SGI (Schweizerische Gesellschaft Intensivmedizin)</i>	<i>Intensivstation</i>	<i>n.A.</i>	<i>2024</i>	<i>Re-Zertifizierung</i>
<i>Wundbehandlungszentrum (nach SAfW)</i>	<i>Wundsprechstunde</i>	<i>2022</i>	<i>2025</i>	<i>Re-Zertifizierung</i>
<i>Zertifizierung Hypertonie-Zentrum DHL</i>	<i>Nephrologie- und Dialysezentrum</i>	<i>2025</i>	<i>folgt</i>	<i>Erst-Zertifizierung</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 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 (≥ 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: [Spital Zollikerberg](#)

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Online Patientenbefragung (stationäre Patienten/-innen)

In Ergänzung des Formulars "Ihre Meinung" werden regelmässig Patienten über einen Online-Fragebogen zu ihren Erfahrungen während des Spitalaufenthaltes befragt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 eingeführt. Die Messungen finden auf den medizinischen und den chirurgischen Bettenabteilungen sowie der Maternité statt. Es werden alle Patienten der teilnehmenden Abteilungen in die Befragung eingeschlossen.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Die Messung fand in der Klinik Medizin, Chirurgie sowie Frauenklinik statt. Auf den Bettenstationen werden Patienten und Patientinnen von verschiedenen Fachrichtungen betreut (Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Urologie, Orthopädie, Plastische Chirurgie).

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Es wurden alle Patienten der teilnehmenden Abteilungen in die Befragung eingeschlossen.

Messergebnisse

Details zur Messung

Start der Messung:

Seit August 2018 wird eine Online-Patientenbefragung auf verschiedenen Stationen durchgeführt.

Kollektiv: Insgesamt haben sich im 2025 und 727 Patientinnen und Patienten an der Befragung beteiligt. Wir mussten während der nationalen Patientenzufriedenheitsumfrage von ANQ nach Vorgabe zwei Monate unsere hausinterne Befragung einstellen. Dies ist der Grund der tieferen Befragungszahl als im Vorjahr.

Skalierung: Notenskala von 1 - 6

Anzahl Fragen: 18

Ergebnisse

Der Gesamtzufriedenheitswert war bei einem sehr guten Wert von 5.7 von 6.

Die Fachbereiche und Abteilungen werden in punkto Gesamtzufriedenheit nach wie vor sehr hoch bewertet. Auch die Maternité wird mit hohen Noten bewertet.

Alle abgefragten Aspekte zum Aufenthalt im Spital Zollikerberg werden wie 2024 ebenfalls mit sehr positiven Werten (M=5.2 bis M=6 auf einer Skala von 1-6) benotet, mehrheitlich sogar besser als im Vorjahr. Auch die Maternité wird in allen abgefragten Aspekten sehr positiv (M=5.6 bis M=5.8) benotet.

Die Schmerzbehandlung wird bezüglich Zufriedenheit (M=5.8), Wartezeit bei Schmerzsituationen (M=5.9) und Schmerzsituation bei Austritt (M=5.6) ebenfalls sehr gut und sogar leicht besser wie 2024 bewertet.

Für 87% (2024: 87%) der Befragten war die Dauer des Aufenthaltes im Spital Zollikerberg «gerade richtig».

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse aller Patientenzufriedenheitsumfragen werden jeweils an der Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung vorgestellt und gegebenenfalls Massnahmen abgeleitet.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Qualitest AG (PZ-Benchmark)
Methode / Instrument	Fragebogen und online

5.2.2 Patientenzufriedenheitsumfrage Therapiezentrum

Die Patientenzufriedenheit wurde bei den Patienten unmittelbar nach der Therapie mittels Online Befragung erhoben. Die Patienten füllen Tablet-gestützt vor Ort die Umfrage aus. Zusätzlich wird den Patienten bei der letzten Terminerinnung der Terminserie der Link der Befragung mittels SMS zugesendet.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Alle ambulanten Patientinnen und Patienten wurden eingeschlossen.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Alle Patientinnen und Patienten des Therapiezentrums.

Messergebnisse**Details zur Messung**

Diese Patientenbefragung wird ganzjährig durchgeführt

Der Fragebogen beinhaltet diverse Fragen (Kategorien: Empfang, Therapie, weiteres Vorgehen).

Alle ambulanten Patientinnen und Patienten wurden befragt. Insgesamt haben 205 Patientinnen und Patienten an der Befragung teilgenommen.

Ergebnisse

- *Die Gesamtzufriedenheit der Physiotherapie der Patientinnen und Patienten lag bei 5.8 von 6 bei einem n = 143*
- *Die Gesamtzufriedenheit der Ergotherapie der Patientinnen und Patienten lag bei 5.8 von 6 bei einem n = 40*
- *Die Gesamtzufriedenheit der Ernährungsberatung der Patientinnen und Patienten lag bei 5.5 von 6 bei einem n = 22*

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Qualitest AG (PZ-Benchmark)
Methode / Instrument	Fragebogen und online

5.2.3 Patientenzufriedenheitsumfrage Dialyse

Die Patientenzufriedenheit wurde bei den Patientinnen und Patienten der Dialyse unmittelbar nach der Durchführung der Dialyse Online Fragebogen auf dem Tablet erhoben. Die Stammpatienten werden während eines Monats befragt und alle Ferien- und Gastpatienten das gesamte Jahr durch.

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat November durchgeführt.
Alle Dialyse-Patienten des Spitals Zollikerberg

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Es wurden alle Dialysepatient:innen, welche bei uns im Spital Zollikerberg behandelt wurden, befragt.

Messergebnisse

Details zur Messung

Diese Patientenbefragung wurde 2025 während des Monats Oktober bei der Stammkundschaft durchgeführt, die Ferien- und Gastpatienten wurden über das gesamte Jahr hinweg befragt.

Der Fragebogen beinhaltet 16 Fragen (Kategorien: Empfang, Untersuchungen, weiteres Vorgehen und Gesamtzufriedenheit).

Alle Dialyse-Patientinnen und -Patienten wurden befragt. Insgesamt haben 54 Patientinnen und Patienten an der Befragung teilgenommen.

Ergebnisse

Die Gesamtzufriedenheit der Patientinnen und Patienten lag bei 5.7 auf einer Skala von 1-6.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Qualitest AG (PZ-Benchmark)
Methode / Instrument	Fragebogen und online

5.2.4 Patientenzufriedenheitsumfrage Ambulatorium Frauenklinik

Wir haben die Ambulatorien der Frauenklinik im Jahr 2024 mittels HappyOrNot-Button befragt und die Fragen jeweils alle Monate gewechselt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Die Messung mittels HappyOrNot hat im Ambulatorium der Frauenklinik stattgefunden.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Es wurden alle Patientinnen des Ambulatoriums der Frauenklinik eingeschlossen.

Messergebnisse

Die Resultate von HappyOrNot werden intern für die Steuerung verwendet und an der Steuerungsgruppe Qualität vorgestellt. Diese Ergebnisse werden an der Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung jeweils 1x jährlich vorgestellt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	HappyOrNot
Methode / Instrument	Hauptfrage mit Folgefrage

5.2.5 Patientenzufriedenheitsumfrage Gastroenterologie

Die Patientenzufriedenheit wurde bei den Patientinnen und Patienten der Gastroenterologie unmittelbar nach der Durchführung der Untersuchung mittels Fragebogen (digital) auf einem Tablet erhoben.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Die Patientenzufriedenheitsumfrage wurde der Gastroenterologie durchgeführt.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Es wurden allen Patientinnen und Patienten den Fragebogen nach der Behandlung zur Verfügung gestellt.

Messergebnisse

Details zur Messung

Diese Patientenbefragung wurde von während des gesamten Jahres 2025 durchgeführt.

Der Fragebogen beinhaltet 16 Fragen (Kategorien: Aufnahme/Anmeldung, Behandlung/ Nachsorge und Gesamtzufriedenheit).

Die Bewertung fand anhand des Schweizer Schulnotensystem statt auf einer Skala von 1 - 6.

Insgesamt wurden 134 Patientinnen und Patienten befragt.

Ergebnis

Die Gastroenterologie hatte eine Gesamtzufriedenheit von 5.9 gleich wie im Vorjahr (2025).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Qualitest AG (PZ-Benchmark)
Methode / Instrument	Fragebogen und online

5.2.6 Patientenzufriedenheitsumfrage Radiologie

Die Patientenzufriedenheit wurde bei den Patientinnen und Patienten der Radiologie unmittelbar nach der Durchführung der Untersuchung mittels Fragebogen (digital) erhoben.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
gesamte Radiologie

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Es wurden alle ambulanten Patientinnen und Patienten in die Befragung eingeschlossen.

Messergebnisse

Details zur Messung

Diese Patientenbefragung wurde von während des gesamten Jahres 2025 durchgeführt.

Der Fragebogen beinhaltet 13 Fragen (Kategorien: Aufnahme/Anmeldung, Behandlung/ Nachsorge und Gesamtzufriedenheit).

Alle Patientinnen wurden befragt. Insgesamt haben 148 Patientinnen und Patienten an der Befragung teilgenommen.

Ergebnisse

Die Radiologie wird in allen befragten Themengebieten (Empfang / Aufnahme, Behandlung, Austritt / Nachsorge und Gesamtzufriedenheit) mit Mittelwerten von 5.7 (Skala von 1-6) sehr hoch bewertet.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Qualitest AG (PZ-Benchmark)
Methode / Instrument	POC(-18)

5.2.7 Elternzufriedenheitsumfrage Kinder-Permanence

Wir haben die Elternzufriedenheitsumfrage auf der Kinder-Permanence zwischen Januar 2025 bis März 2025 durchgeführt. Das Ziel war n=100. Die Elternzufriedenheitsumfrage wurde telefonisch durchgeführt und die Auswertung erfolgte über SurveyMonkey.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Januar 2025 bis März 2025 durchgeführt.
Alle Eltern, deren Kinder bei uns in der Kinder-Permanence behandelt wurden.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Messergebnisse

Die Gesamtzufriedenheit lag bei einem Mittelwert von 5.7 auf dem Schweizer Schulnotensystem von 1-6. Das letzte Mal zuvor hatte man die Umfrage im Jahr 2020 durchgeführt, damals lag der Mittelwert bei 5.5.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SurveyMonkey
Methode / Instrument	SurveyMonkey

5.2.8 Patientenzufriedenheitsumfrage Onkologie

Es wurden alle Patientinnen und Patienten bei uns auf der ambulanten Onkologie mittels Tablet und digitalem Fragebogen befragt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Es wurden alle Patienten der ambulanten Onkologie in die Befragung eingeschlossen.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Messergebnisse

Es wurden 2025 33 Patientinnen und Patienten befragt. Die Gesamtzufriedenheit lag dabei auf einer Skala von 1 - 6 bei 5.8.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Qualitest AG (PZ-Benchmark)
Methode / Instrument	Qualitest AG

5.2.9 Patientenzufriedenheitsumfrage Geburtshaus

Die Patientinnen, welche die Leistungen unseres Geburtshauses in Anspruch genommen haben, wurden digital mittels Fragebogen auf dem Tablet befragt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Alle Patientinnen, welche in unserem Geburtshaus geboren haben, wurden in die Umfrage eingeschlossen.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Messergebnisse

Die Gesamtzufriedenheit der Patientinnen im Geburtshaus lag auf einer Skala von 1-6 nach dem Schweizer Schulnotensystem 2025 bei 5.9.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Qualitest AG (PZ-Benchmark)
Methode / Instrument	Qualitest AG

5.2.10 Patientenzufriedenheitsumfrage Hauptempfang

Alle Patientinnen und Patienten des Hauptempfangs, hatten die Möglichkeit an der Patientenzufriedenheitsumfrage mittels HAPpyOrNot teilzunehmen. Die Frage wechselte alle 1-2 Monate.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Alle Patientinnen und Patienten des Hauptempfangs wurden eingeschlossen.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Messergebnisse

Die Ergebnisse wurden zur internen Qualitätsverbesserungszwecken verwendet, jedoch nicht veröffentlicht. Die Resultate wurden an der Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung vorgestellt und über Massnahmen diskutiert.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	HappyOrNot

5.2.11 Patientenzufriedenheitsumfrage "Ihre Meinung"

Alle Patientinnen und Patienten des Spitals Zollikerberg haben die Möglichkeit, ihre Rückmeldungen mittels des Formulars „Ihre Meinung“ handschriftlich einzureichen. Diese Rückmeldungen werden zentral durch die Spitaldirektion erfasst, systematisch ausgewertet und bearbeitet. Bei Bedarf erfolgt eine individuelle Rückmeldung an die Patientinnen und Patienten. Das Angebot wird rege genutzt und stellt eine wertvolle Grundlage für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität und der patientenzentrierten Versorgung im Spital Zollikerberg dar.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Alle Patientinnen und Patienten des gesamten Spitals.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Messergebnisse

Die Rückmeldungen, werden in einem hausinternem Dashboard dargestellt und einmal jährlich der Spitalleitung präsentiert.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Zollikerberg

Spitaldirektion

Christian Etter

Spitaldirektor

-

info@spitalzollikerberg.ch

-

Weisung zum Umgang mit Reklamationen ist im Intranet hinterlegt und für jeden Mitarbeitenden zugänglich.

Diese Weisung beinhaltet unter anderem die Grundsätze im Umgang mit Reklamationen.

6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patient:innen das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patient:innen, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich, Akutsomatik

Die Eltern von hospitalisierten Kindern und Jugendlichen beurteilen alle zwei Jahre, wie zufrieden sie mit dem Spital-/Klinikaufenthalt ihrer Kinder waren.

Die Elternbefragung zielt darauf ab, die Erfahrungen von pädiatrischen und kinderchirurgischen Patientinnen und Patienten bis zum Alter von 16 Jahren und deren Eltern oder Erziehungsberechtigten mit einem stationären Aufenthalt zu erfassen. Die Befragungsergebnisse bieten den Spitälern und Kliniken eine verlässliche Basis, um Massnahmen zur Qualitätsverbesserung anzustossen, ihre Dienstleistungen weiterzuentwickeln und die Patientenzentriertheit zu stärken.

Bisher füllten sie dafür den ANQ-Kurzfragebogen mit 5 Fragen aus. Der bisherige ANQ-Kurzfragebogen soll durch ein umfassenderes Befragungsinstrument ersetzt werden. Der neue Fragebogen basiert auf dem bestehenden Befragungsinstrument «Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Survey» (HCAHPS-Child Version). Dieser Fragebogen wurde im Jahr 2025 in enger Zusammenarbeit mit der Expertengruppe Elternbefragung Akutsomatik und der Unisanté übersetzt und qualitativ validiert. Die erste Messung mit dem neuen Fragebogen findet im Frühling 2026 statt. Die erhobenen Daten werden zur quantitativen Validierung des Fragebogens genutzt. Die Ergebnisse dieser ersten Messung werden nicht transparent publiziert. Die ursprünglich für Herbst 2025 geplante letzte Messung mit dem ANQ-Kurzfragebogen wurde sistiert.

Daten aus der Erhebung mit dem neuen Befragungsinstrument werden erst ab dem Jahr 2027 zur Verfügung stehen.

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 Zollikerberg](#)

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 Zuweiser:in Befragung Radiologie

Die Zuweiserbefragung wurde per E-Mail versandt und war ein digitaler Fragebogen.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat *Juni* durchgeführt.
Alle zuweisenden Ärztinnen und Ärzte der Radiologie.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Resultate sind für interne Qualitätsverbesserungszwecke und werden nicht öffentlich publiziert.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SurveyMonkey
Methode / Instrument	SurveyMonkey

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen sind wie folgt definiert:

- akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen
- die während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auftreten
- nicht Bestandteil der bisherigen Behandlung sind
- geplante Rehospitalisationen werden nicht berücksichtigt

Ab dem BFS-Datenjahr 2020 verwendet der ANQ die Methode «Ungeplante Rehospitalisationen – CH Methode». Diese Methode lehnt sich an den Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) an und wurde für die Schweizer Verhältnisse mittels einer Studie angepasst und validiert. Die Unterscheidung zwischen ungeplanten und geplanten Rehospitalisationen erfolgt mittels eines Algorithmus. Der SpiGes Datensatz (ab Daten 2024) dient als Datengrundlage für die Bildung und Auswertung der ungeplanten Rehospitalisationen. Insgesamt werden 13 Indikatoren ausgewertet, für die transparente Publikation eignen sich nur die folgenden 6 Indikatoren:

- Spitalweite ungeplante Rehospitalisationen
- Chirurgisch-gynäkologische Kohorte
- Kardiorespiratorische Kohorte
- Kardiovaskuläre Kohorte
- Neurologische Kohorte
- Sonstige Kohorte

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 Zollikerberg](#)

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 Zollikerberg](#)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

10.2 Eigene Messung

10.2.1 Implantatregister Schulter (SIRIS)

Seit dem 1.7.2025 werden neben Hüfte und Knie-Operationen mit Implantaten, auch Schulteroperationen mit Implantaten im SIRIS-Register erfassungspflichtig.

Zu registrieren sind alle in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein operierten Patientinnen und Patienten mit Versorgung einer Schulterprothese, sowie alle Nachfolgeoperationen mit und ohne Komponentenwechsel. Dies gilt auch für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland. Es werden elektive Eingriffe wie auch Notfälle (z.B. Frakturfälle) eingeschlossen. Voraussetzung ist eine vorliegende schriftliche Patienteneinwilligung.

Für die Zukunft sind auch Publikationen im ANQ-Bericht vorgesehen., jedoch ist noch unklar ab wann.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Orthopädie

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SIRIS
Methode / Instrument	SIRIS Register

10.2.2 Implantatregister (Spine)

*SIRIS Spine ist das nationale Wirbelsäulen-Implantatregister der Schweiz. Es wurde 2021 eingeführt und erfasst systematisch Daten zu bestimmten Wirbelsäulenoperationen, bei denen Implantate verwendet werden. Dieses Register ist Teil der Qualitätssicherungsmaßnahmen im Gesundheitswesen und wird von Institutionen wie der SIRIS-Stiftung und EUROSPINE betrieben. Alle Akutspitäler mit Wirbelsäulenchirurgie sind verpflichtet, die definierten Eingriffe zu registrieren, sofern Patient*innen einer Datenverarbeitung zugestimmt haben. Das Ziel von SIRIS Spine ist vor allem:*

- *Qualitätssicherung und -entwicklung in der Wirbelsäulenchirurgie,*
 - *Aufbau einer soliden nationalen Datenbasis zur Bewertung von Operationen und Implantaten,*
 - *Benchmarking (Vergleiche) zwischen Kliniken, chirurgischen Techniken und Implantattypen,*
 - *Unterstützung von Forschung, Klinikmanagement und Gesundheitspolitik durch evidenzbasierte Daten.*
 - *Im Register werden u. a. folgende Daten systematisch erfasst:*
 1. *Patientendaten: Alter, Geschlecht, Klinik, Operateur, Diagnose, Risikofaktoren.*
 2. *Operationsdaten: Art des Eingriffs (z. B. Spinalfusionen, Vertebroplastik/Kyphoplastik), Datum, Indikationen.*
 3. *Implantatdaten: Welche Implantate wurden verwendet (Typ, Hersteller etc.).*
 4. *Reoperations- und Revisionsdaten: Ob Folgeeingriffe nötig waren.*
 5. *Optional: Patient-reported outcome measures (PROMs): Elektronisch erfasste Ergebnisse aus Sicht der Patient*innen (z. B. Funktion/Schmerz), wenn Kliniken dieses freiwillig erfassen.*
- Das machen wir halt nicht – vielleicht ist es besser diesen Satz weg zu lassen?*

Zusätzlich werden Revisionsraten, Komplikationen und Risiko-Faktoren analysiert, um Muster zu erkennen und Qualitätsindikatoren abzuleiten

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Wirbelsäulenchirurgie

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	<i>EuroSpine</i>
Methode / Instrument	<i>SIRIS Register</i>

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 Zollikerberg](#)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- Dickdarmoperationen (Colon)
- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
- Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

11.2 Eigene Messung

11.2.1 Nationale Erhebung der Händehygieneadhärenz Clean Care Monitor - Clean hands Swissnoso

Ziele der Messung

- Vermeidung nosokomialer Infekte
- Sensibilisierung des Personals im Patientenkontakt

Das Messinstrument CCM-CleanHands erlaubt eine einfache elektronische Erfassung und automatisierte Analyse der Händehygiene-Adhärenz sowie eine unmittelbare Rückmeldung der Ergebnisse. Als Grundlage dient das Konzept «My 5 moments», das die WHO in den «Guidelines on Hand Hygiene in Health Care» erstellt hat.

Quelle:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Ganzes Spital - spezifische ambulante und stationäre Einheiten inkl. OP Bereiche

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Messpersonen stammten aus diversen Berufsgruppen (Ärzte, Pflegende, Therapeuten, Hotellerie-Mitarbeitende, Mitarbeitende der Admin., Med. Techn. Mitarbeitende, Mitarbeitende der Spitalhygiene/ Infektionsprävention).

Einschlusskriterien sind wie folgt festgelegt:

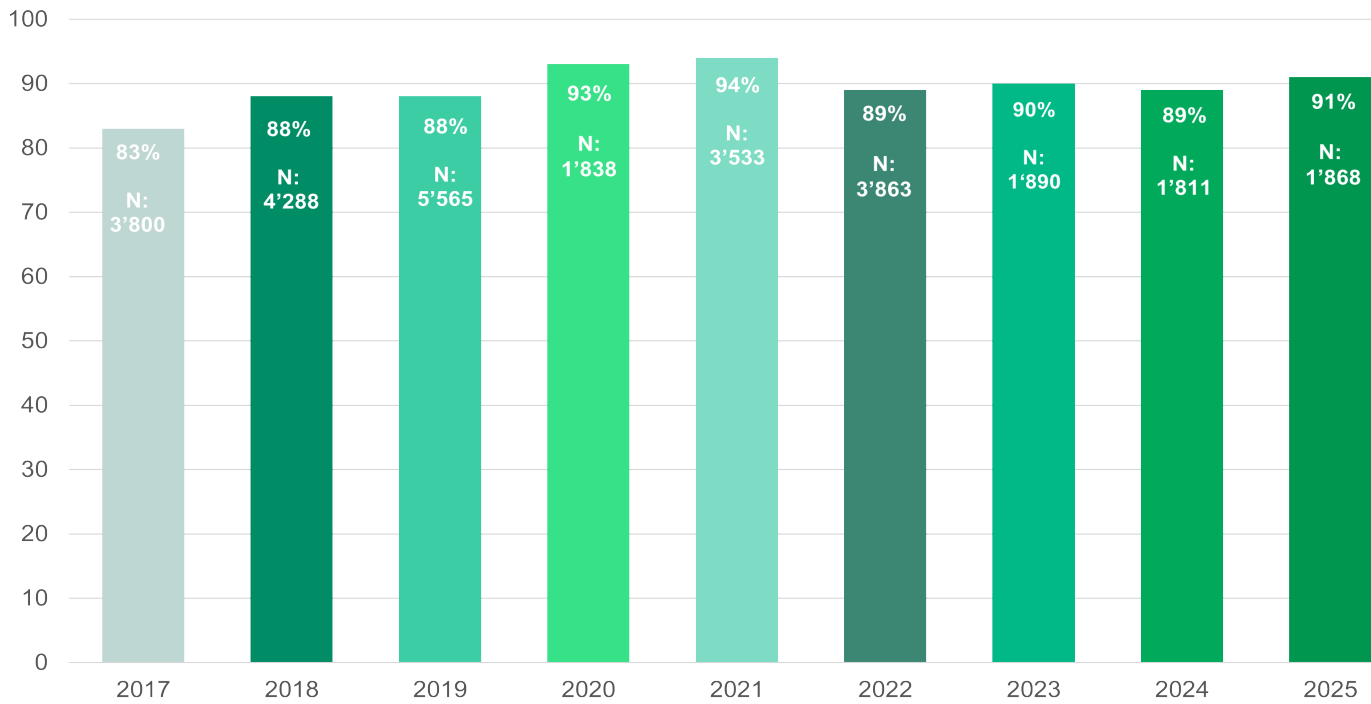
- Arbeitnehmende im Spital Zollikerberg
- Instruiert durch Mitarbeiterin Spitalhygiene und Qualitätsmanagement

Ausschlusskriterien

Messpersonen dürfen nicht auf der eigenen Station messen.

Messergebnisse

Die gemessene Händehygieneadhärenz des Spital Zollikerberg hat seit Jahren einen konstant hohen Wert, wie der untenstehenden Grafik zu entnehmen ist. 2025 lag diese bei 91%. Der Schweizer Durchschnitt aller messenden Institutionen liegt bei 78%



Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	swissnoso
Methode / Instrument	CleanCare Monitor - Clean Hands

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 Messdaten der Stürze

Alle Stürze von stationären Patienten und Patientinnen im Spital Zollikerberg werden erfasst.

Prozess

- Nach einem Sturz wird ein Sturzprotokoll im Klinikinformationssystem (KIS) erstellt
- Die Angaben werden für die individuellen Massnahmen pro Patient:in verwendet
- Die Fachexpertin Pflege sichtet die Ergebnisse auf Stationsebene regelmässig – Muster sichtbar?
- Feedback an das Team oder Berufsgruppen
- Daten werden für die Jahresauswertung verwendet
- Versand an die Therapeut:innen und Chefärzt:innen

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Die Stürze werden im ganzen Spital über das Klinikinformationssystem erfasst.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Wir haben die Sturzdaten vom letzten JAhr noch nicht ausgewertet. Ab 2026 wird eine Sturzerfassung von ANQ während 2 Monaten durchgeführt, welche auch risikoajustiert ist, sodass wir einen Benchmark haben zu anderen Spitälern.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Weitere Qualitätsaktivitäten

16 Weitere Qualitätsmessung

16.1 Weitere eigene Messung

16.1.1 Forum Indikationsqualität ZHNET (Akutsomatik)

Konzept

Im Rahmen des spitalübergreifenden Forums Indikationsqualität findet ein strukturierter fachlicher Austausch in einer gemeinsamen Ärzt Runde statt, in dem erfolgte Indikationsstellungen retrospektiv diskutiert werden. Ziel ist es, die Qualität der Indikationsstellung sowie der ärztlichen Dokumentation systematisch zu reflektieren und weiterzuentwickeln.

Die Fallauswahl erfolgt innerhalb eines definierten Themenbereichs (z. B. DRG-bezogen). Damit eine fachlich fundierte Diskussion gewährleistet ist, nehmen Ärztinnen und Ärzte aus der Medizin sowie je nach Fragestellung, Vertreterinnen und Vertreter der themenspezifisch relevanten Fachdisziplinen teil.

Ergänzend sind die jeweils verantwortlichen Personen für Qualität der beteiligten Spitäler anwesend. Sie bringen eine qualitätsbezogene Perspektive ein, unterstützen die strukturierte Reflexion und tragen dazu bei, übergreifende Erkenntnisse für die Qualitätsentwicklung abzuleiten.

Die Durchführung erfolgt in der Regel physisch in einem der drei ZHNET-Spitäler und findet dreimal jährlich in einer Gruppe von rund sechs Ärztinnen und Ärzten statt. Pro Forum werden jeweils drei Fälle pro Spital eingebracht und gemeinsam diskutiert. Die Bewertung der Indikations- und Dokumentationsqualität erfolgt anhand einer strukturierten Punkteskala durch alle anwesenden Teilnehmenden.

Zur Vorbereitung werden anonymisierte Austrittsberichte physisch zur Verfügung gestellt; ergänzende fallbezogene Informationen können anonymisiert präsentiert werden. Eine vertiefte Vorbereitung erfolgt ausschliesslich für die eigenen spitalinternen Fälle. Neben der fachlichen Nachbesprechung der Indikationsstellung zielt das Format darauf ab, die Nachvollziehbarkeit und Qualität der ärztlichen Dokumentation nachhaltig zu stärken.

Im Jahr 2025 wurde das Forum aus personellen Gründen lediglich einmal durchgeführt. Das gewählte Thema lautete „Indikationsqualität zu präoperativen CT-Untersuchungen“.

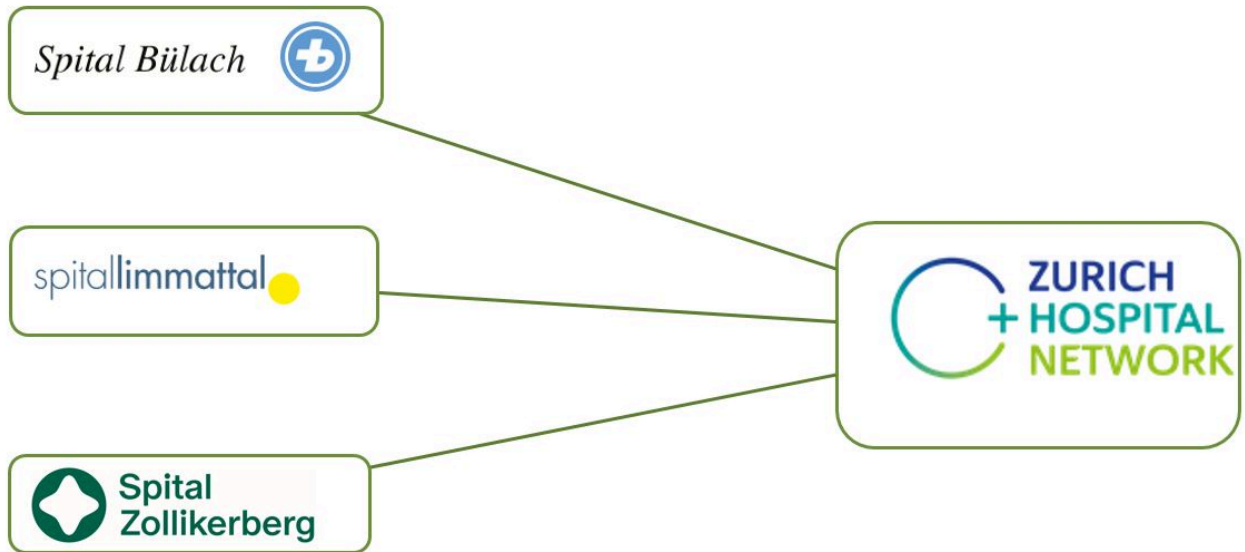
Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Die Medizin ist immer vertreten bei den Peer Reviews und je nach Thema der Indikationsqualität werden noch andere Fachärztinnen und Fachärzte zum PeerReview beigezogen.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Jedes Spital bringt immer 2-3 Fälle zum Thema mit und diese werden durchbesprochen.

Messergebnisse



Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Skala zur Indikationsbewertung

17 Projekte im Detail

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

17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

17.1.1 Clean Care Monitor - SSI Applikation Swissnoso

Projektart

Applikation Clean Care Monitor

Ziel

Optimierung folgender Prozesse

- Präoperative Hautdesinfektion
- Präoperative Haarentfernung
- Perioperative Antibiotika Prophylaxe

Involvierte Berufsgruppen

- OP-Pflege
- QM Mitarbeitende

Projekttablauf

- Einstieg mit einer Eingriffs-Indikation aus dem Swissnosokatalog. Vorzugshalber ein Eingriff, eingeschlossen in die postoperative Wundinfektions-Erfassung (Hüftprothese) ab April 2025 wurden Wirbelsäulenoperationen beobachtet und nicht mehr Hüftoperationen.
- Anzahl Beobachtungen im Interventionsmodul mind. 10/Quartal- Durchführung durch direkte Beobachtung der Messperson(en) (Grundkenntnisse der OP Abläufe)
- Auswertung/Rückmeldung

Aktueller Stand Projekt

Laufends Qualitätsprojekt

Projektelevaluation

Der Bereich Prozessmanagement & Qualitätsentwicklung sendet nach jeder Beobachtung einen kurzen Bericht an die OP Führungspersonen. Ende Jahr findet eine Gesamtauswertung im Rahmen der Steuerungsgruppe Qualität statt.

Quelle:

<https://www.swissnoso.ch/module/ssi-intervention/ueber-ssi-intervention/das-modul>

17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

17.2.1 Kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr

Kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr

17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

17.3.1 Re-Zertifizierung der AEMP

Projektart

Interne Qualitätsentwicklung mit externer Evaluation (Zertifizierungsverfahren)

Projektziel

Ziel des Projekts war die erfolgreiche Re-Zertifizierung der AEMP (Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte) nach den aktuellen normativen Vorgaben (z. B. DIN EN ISO 13485 / EN ISO 17665 / EN ISO 15883). Damit soll die Qualität und Sicherheit bei der Aufbereitung von Medizinprodukten sichergestellt sowie die Einhaltung gesetzlicher und normativer Anforderungen nachgewiesen werden.

Projekttablauf / Methodik

Das Projekt wurde in mehreren Phasen durchgeführt:

1. Vorbereitungsphase: Analyse des IST-Zustands durch interne Audits und GAP-Analysen.
2. Massnahmenphase: Umsetzung identifizierter Optimierungspotenziale (z. B. Prozessanpassungen, Schulungen, Dokumentationsanpassungen).
3. Begleitende Qualitätssicherung: Laufende Kontrollen und interne Überprüfungen der Wirksamkeit.
4. Externe Auditierung: Durchführung des Zertifizierungsaudits durch eine akkreditierte Stelle.
5. Nachbereitung: Bewertung des Auditorergebnisses, Ableitung weiterer Verbesserungsmaßnahmen.

Involvierte Berufsgruppen

- AEMP-Fachpersonal
- Technischer Dienst (Medizintechnik, Haustechnik)
- Qualitätsmanagement
- Spitalhygiene
- Leitung DLZ
- Leitung SCM
- Human Resource
- Externe Auditor:innen / Zertifizierungsstelle

Projektelevaluation / Konsequenzen

Die Re-Zertifizierung wurde erfolgreich abgeschlossen. Im Rahmen des externen Audits wurden einzelne Verbesserungshinweise aufgenommen, jedoch keine Abweichungen festgestellt. Die AEMP erfüllt alle Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

Notwendigkeit regelmässiger interdisziplinärer Schulungen zur normkonformen Aufbereitung

- Schnittstellenvereinbarung ICT

Stand der Umsetzung von Massnahmen

Die empfohlenen Massnahmen wurden mehrheitlich bereits umgesetzt. Die Schulungskonzepte wurden überarbeitet, Schnittstellenprozesse schriftlich definiert und dokumentiert. Weitere kleinere technische Optimierungen befinden sich in Planung.

Weiterführende Unterlagen

- Prüfbericht der externen Zertifizierungsstelle (intern einsehbar)
- Interne Prozessbeschreibungen und SOPs der AEMP
- Fortbildungskonzept für AEMP-Mitarbeitende
- Aktueller Hygiene- und Aufbereitungsplan

18 Schlusswort und Ausblick

Qualitativ hochstehende Leistungen zu erbringen fordert uns alle, insbesondere in anspruchsvollen und dynamischen Zeiten. Diese Verantwortung tragen Mitarbeitende im direkten Behandlungs- und Betreuungsprozess ebenso wie unsere Supportbereiche, die mit ihrer Expertise wesentlich zur Stabilität und Weiterentwicklung unseres Spitals beitragen.

Die kontinuierliche Qualitätsentwicklung ist für uns kein punktuelles Projekt, sondern ein strukturierter, gelebter Prozess. Mit dem systematischen Aufbau unseres Prozessmanagements, der interdisziplinären Modellierung zentraler Kernprozesse sowie der Einführung digitaler Instrumente schaffen wir Transparenz, Klarheit und Verbindlichkeit. Dadurch stärken wir nicht nur unsere Abläufe, sondern auch die Patientensicherheit und die bereichsübergreifende Zusammenarbeit.

Die fortschreitende Digitalisierung eröffnet uns neue Möglichkeiten, sei es in der strukturierten Nutzung von Qualitätsindikatoren, der Verbesserung der Datenqualität, der Auswertung von Patientenfeedbacks oder in der Vorbereitung auf externe Audits und kantonale Vorgaben. In Qualitätszirkeln, Sicherheitsgremien und Meldekreisen analysieren wir Ereignisse offen, reflektieren unsere Ergebnisse und leiten gezielte Verbesserungsmaßnahmen ab. Qualität entsteht dort, wo Transparenz, Verantwortung und Lernbereitschaft zusammenkommen.

Das Spital Zollikerberg baut dabei konsequent auf die fachliche Kompetenz seiner Mitarbeitenden, auf eine verlässliche interprofessionelle Teamleistung und auf eine persönliche, zugewandte Betreuung unserer Patientinnen und Patienten und ihrer Bezugspersonen. Unser gemeinsames Ziel ist es, Strukturen zu schaffen, die Exzellenz ermöglichen – heute und in Zukunft.

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)
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Katarakt
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
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
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Wechseloperationen Hüftprothesen
Wechseloperationen Knieprothesen
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Gynäkologische Tumore
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und $\geq 1250\text{g}$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Neonatalogie (ab 32. Woche und $\geq 1250\text{g}$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie

Herausgeber



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

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



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

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



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

Weitere Gremien



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.