Spitalverbund
Appenzell Ausserrhoden

Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	23.06.2026	Version 1
Durch:	Henrik Pfahler, CEO	

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
Sarah Wohlgenannt
Fachverantwortliche Qualitätsmanagement
071 353 84 11
qualitaet@svar.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Die H+ Qualitätsberichtsvorlage 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 Aktivitätstypen: 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 ... 8
3 Qualitätsstrategie ... **9**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025 ... 9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025 ... 10
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 ... 13
4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen
Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben
4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen ... 15
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte ... 17
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen ... 22
4.6 Registerübersicht ... 23
4.7 Zertifizierungsübersicht ... 25
QUALITÄTSMESSUNGEN ... **26**
Erhebung der Patientenerfahrung ... **27**
5 Patientenerfahrung ... **27**
5.1 Nationale Erhebung der Patientenerfahrung (PREMs), Psychiatrie ... 27
5.2 Eigene Befragung ... 28
5.2.1 Patientenzufriedenheit "Opiniooon" ... 28
5.3 Beschwerdemanagement ... 28
6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
7 Mitarbeitendenzufriedenheit ... **29**
7.1 Eigene Befragung ... 29
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit ... 29
8 Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
Behandlungsqualität ... **30**
Messungen in der Akutsomatik ... **30**
9 Wiedereintritte ... **30**
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen ... 30
9.2 Eigene Messung ... 31
9.2.1 Rehospitalisation ... 31
10 Operationen ... **32**
10.1 Hüft- und Knieprothetik ... 32
11 Infektionen ... **33**
11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen ... 33
11.2 Eigene Messung ... 34
11.2.1 SSI Surveillance / postoperative Wundinfektionen ... 34
12 Stürze ... **35**
12.1 Eigene Messung ... 35
12.1.1 Orbis Sturz ... 35
13 Dekubitus
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.

Psychiatriespezifische Messungen 36
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung 36
14.1 Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM) in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie 36
14.2 Symptombelastung psychischer Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie, und Kinder- und Jugendpsychiatrie 37
Rehaspezifische Messungen 0
15 Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
Weitere Qualitätsaktivitäten 0
16 Weitere Qualitätsmessungen
Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.
17 Projekte im Detail 38
17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 38
17.1.1 Weiterentwicklung des Risikomanagements 38
17.1.2 Entwicklung und Einführung eins BCM-Konzeptes 38
17.1.3 Ausbau und Weiterentwicklung des Zuweisermanagements 38
17.1.4 Aufbau und Umsetzung eines Eintritts- und Austrittsmanagement zur Verbesserung der Versorgungsabläufe sowie Patientensicherheit 38
17.1.5 Weiterentwicklung und Etablierung von Clinical Pathways in allen Kliniken zur Standardisierung und Verbesserung der Versorgungs 39
17.1.6 Digitalisierung der Patientendokumentation auf der Intensivstation 39
17.1.7 Ausbau und Weiterentwicklung eines BGM 39
17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025 39
17.2.1 Erfolgreiche ISO 9001:2015 Re-Zertifizierung in der Psychiatrie 39
17.2.2 Erfolgreiche SanaCert Re-Zertifizierung in der Akutsomatik 39
17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 40
17.3.1 Überwachungsaudit nach ISO 9001;2015 für die Psychiatrie 40
17.3.2 Überwachungsaudit nach sanaCERT suisse für die Akutsomatik 40
17.3.3 Rekole 40
18 Schlusswort und Ausblick 41
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 42
Akutsomatik 42
Psychiatrie 44
Herausgeber 45

1 Einleitung

Seit Anfang 2012 ist der SVAR eine selbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit und Sitz in Herisau. Der SVAR führt als Verbund in Herisau das Spital Herisau und das Psychiatrische Zentrum AR.

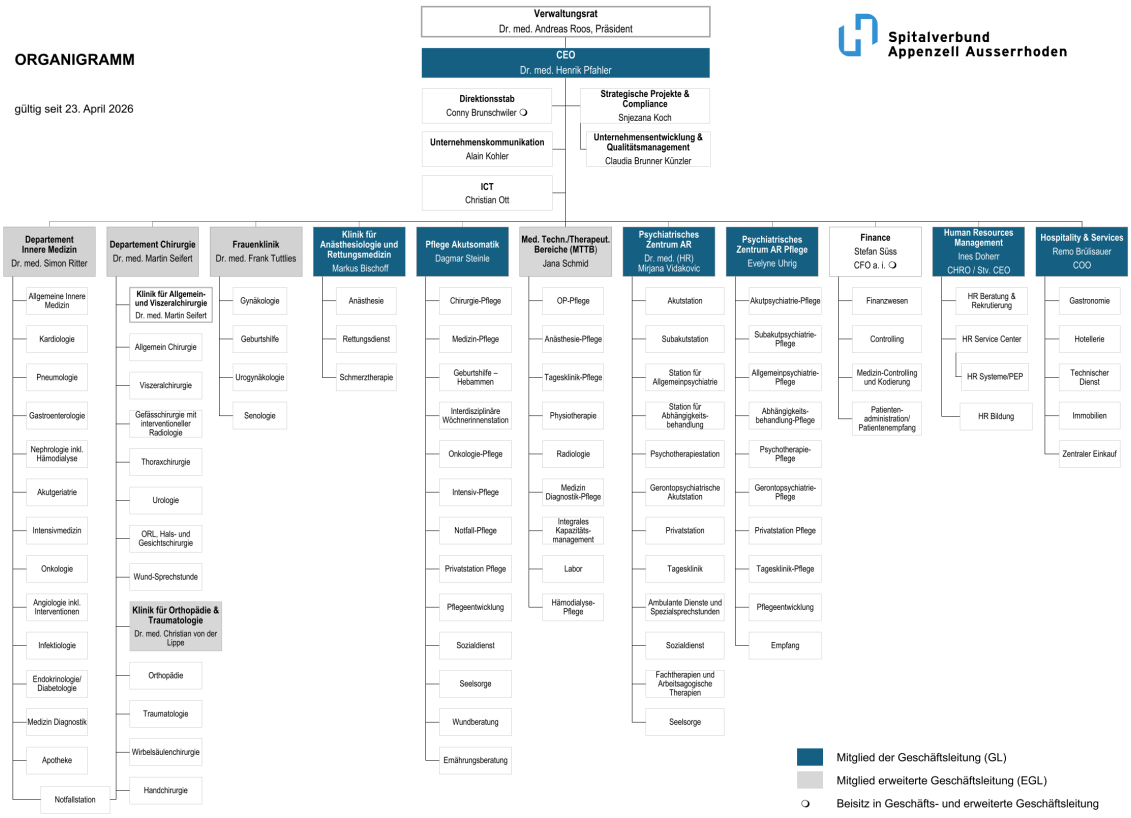
Der SVAR ist die erste Wahl für Patientinnen und Patienten mit akutsomatischen und psychischen Behandlungsbedürfnissen in unserem Einzugsgebiet. Die Kultur der Zusammenarbeit zwischen den Betrieben und Mitarbeitenden zum Nutzen unserer Patientinnen und Patienten macht uns einzigartig und zum Versorger erster Wahl. Gemeinsam mit unseren Partnern entwickeln wir eine Gesundheitsregion.

Der SVAR stellt die medizinische Grundversorgung und einen Notfalldienst rund um die Uhr in der Region sicher. Unser Leistungsangebot wird kantonal sowie überregional genutzt. Zudem erfüllt der SVAR einen wichtigen Aus-, Fort- und Weiterbildungsauftrag. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SVAR behandeln und betreuen Patientinnen und Patienten kompetent, umfassend und nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist eine Führungsaufgabe, die auf höchster Ebene mitgetragen und aktiv vorgelebt wird. Der Anspruch an eine hohe Qualität unserer Leistungen wird im Leitbild und in der Strategie ausgedrückt.

Leitbild des SVAR:
Das aktuelle Leitbild stellt das Wohl der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt und formuliert Qualitätsansprüche, die unser tägliches Handeln leiten. Das Leitbild ist in jeder Unternehmung ein zentrales Element der Unternehmensidentität und legt somit zusammen mit den Führungsgrundsätzen die Basis für nachhaltigen Erfolg.

Das Leitbild des SVAR:

- *Das Wohl unserer Patientinnen und Patienten steht im Mittelpunkt.*
- *Hohe Qualität und Wirtschaftlichkeit sichern unsere Zukunft.*
- *Wir fördern Neuentwicklungen und haben Mut zu Veränderungen.*
- *Wir erledigen unsere Aufgaben zielgerichtet und mit Engagement.*
- *Durch ständiges Lernen bleiben wir auf dem neusten Wissensstand.*
- *Kompetenz und Verlässlichkeit sind die Grundlagen unserer Zusammenarbeit.*
- *Unser Arbeitsklima ist geprägt durch gegenseitige Wertschätzung, Akzeptanz, Vertrauen und Transparenz.*
- *Wir unterstützen uns gegenseitig und schaffen so die Basis für den gemeinsamen Erfolg.*

Die Strategie richtet sich konsequent an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten aus. Zentral ist dabei eine adäquate Angebotsentwicklung, die Optimierung von Prozessen und die wirtschaftliche Umsetzung von Angeboten, Entwicklungen und Verbesserungen.

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist ein Teilbereich der Stabseinheit Business Development & Governance und direkt dem CEO unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt ***110*** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Sarah Wohlgenannt
Fachverantwortliche Qualitätsmanagement
071 353 84 11
qulitaet@svar.ch

Frau Snjezana Koch
Head of Business Development & Governance
071 353 56 78
qualitaet@svar.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätsziele:
Die hervorragende Qualität medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Leistungen ist von zentraler Bedeutung für den Behandlungserfolg und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Mit dem vorliegenden Konzept legen wir dar, wie wir die Qualitätsbestrebungen an unseren Standorten umsetzen und mit welchen Prozessen und Methoden wir die Qualität sichern und leben.

Qualitätsleitbild und -politik:
Qualitätsmanagement ist eine Führungsaufgabe, die auf höchster Ebene mitgetragen und aktiv vorgelebt wird. Der Anspruch an eine hohe Qualität unserer Leistungen wird im Leitbild und in der Strategie ausgedrückt.

Das aktuell gültige Leitbild stellt das Wohl des Patienten in den Mittelpunkt und formuliert zu Qualität: Das Leitbild ist in jeder Unternehmung ein zentrales Element der Unternehmensidentität und legt somit zusammen mit den Führungsgrundsätzen die Basis für nachhaltigen Erfolg.
Das Leitbild des SVAR:

- *Das Wohl unserer Patientinnen und Patienten steht im Mittelpunkt.*
- *Hohe Qualität und Wirtschaftlichkeit sichern unsere Zukunft.*
- *Wir fördern Neuentwicklungen und haben Mut zu Veränderungen.*
- *Wir erledigen unsere Aufgaben zielgerichtet und mit Engagement.*
- *Durch ständiges Lernen bleiben wir auf dem neusten Wissensstand.*
- *Kompetenz und Verlässlichkeit sind die Grundlagen unserer Zusammenarbeit.*
- *Unser Arbeitsklima ist geprägt durch gegenseitige Wertschätzung, Akzeptanz, Vertrauen und Transparenz.*
- *Wir unterstützen uns gegenseitig und schaffen so die Basis für den gemeinsamen Erfolg.*

Die Strategie richtet sich konsequent an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten aus. Zentral sind dabei eine adäquate Angebotsentwicklung, die Optimierung von Prozessen und die wirtschaftliche Umsetzung von Angeboten.

Unsere Qualitätspolitik:
Qualitätsmanagement ist eine Führungsaufgabe, die mit hoher Priorität verfolgt wird. Qualitätsmanagement umfasst alle Massnahmen zur Planung, Steuerung und Optimierung von Prozessen anhand der vorgegebenen Anforderungen. Wir sehen die ständige Verbesserung der Leistungserbringung als ein dauerhaftes Ziel unseres Spitalverbundes.

Die Geschäftsleitung, die Abteilungsleitungen und die Qualitätskommission legen die einheitlichen Zielsetzungen, die Richtung und das interne Umfeld der Organisation fest. Sie schaffen das Umfeld, in dem Mitarbeitende sich voll und ganz für die Erreichung der Ziele der Organisation einsetzen. Die Qualitätspolitik des SVAR besteht aus den fünf Säulen Kunden/Patienten, Mitarbeitenden, Prozesse, Wirtschaftlichkeit/Finanzen und Entwicklung/Verbesserungen.

Ziel unseres Qualitätsmanagements ist eine hohe Zufriedenheit unserer Anspruchsgruppen. Dies erreichen wir mittels eines umfassenden Qualitätsprozesses, mit dem wir unsere Leistungen laufend verbessern.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

- *Re-Zertifizierung SGS ISO 9001:2015 für das Psychiatrische Zentrum*
- *Qualitätsmessungen 2025 SVAR*
- *Re-Zertifizierung SanaCert für die Akutsomatik*

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

- *Erfolgreiche ISO Re-Zertifizierung in der Psychiatrie*
- *Erfolgreiche SanaCert Re-Zertifizierung in der Akutsomatik*

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- *Weiterentwicklung des Risikomanagements*
- *Entwicklung und Einführung eins BCM-Konzeptes (Business Continuity Management)*
- *Ausbau und Weiterentwicklung des Zuweisermanagements zur Verbesserung der Versorgungsabläufe sowie Patientensicherheit, Kunden- und Patientenzufriedenheit*
- *Aufbau und Umsetzung eines Eintritts- und Austrittsmanagement zur Verbesserung der Versorgungsabläufe sowie Patientensicherheit, Kunden- und Patientenzufriedenheit*
- *Weiterentwicklung und Etablierung von Clinical Pathways in allen Kliniken zur Standardisierung und Verbesserung der Versorgungsabläufe sowie Patientensicherheit, Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit*
- *Digitalisierung der Patientendokumentation auf der Intensivstation*
- *Ausbau und Weiterentwicklung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)*

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]: 06.11.2025		**Externe Überprüfung QV58a KVG[2]**			
		Ergebnis		Prüfstelle	Kommentar Spital
Qualitätsmanagementsystem	-	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
Qualitätskultur	✓	kontinuierliche Verbesserung Betriebsdurchdringung	○○○○○ ○○○○○	noch nicht geprüft	
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Interprofessionelle Peer Reviews	◌				
▪ Mitarbeitendenbefragung	✓				
▪ Systemische Fehleranalyse auf Basis des Londonprotokolls	✓				
▪ Qualitätszirkel	✓				
Patientensicherheit	-	kontinuierliche Verbesserung Betriebsdurchdringung	○○○○○ ○○○○○	noch nicht geprüft	
▪ Checkliste sichere Chirurgie	✓				
▪ Dekubitusprävention FHV	◌				
▪ Freiheitsbeschränkende Massnahmen	✓				
▪ Management der Mangelernährung	◌				
▪ Modul CAUTI Intervention	◌				
▪ Sturzprävention	✓				
▪ Suizidprävention nach Suizidversuch mittels ASSIP	◌				
▪ Surgical Site Intervention (SSI) Modul von Swissnoso	◌				
▪ Systematische Suizidprävention	◌				

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:	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden	Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden
Akutsomatik		
▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen	√	
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)	√	
▪ Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen	√	
Psychiatrie		

▪ Erwachsenenpsychiatrie		
– Nationale Erhebung der Patientenerfahrung (PREMs), Psychiatrie - Erwachsene		√
– Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM)		√
– Symptombelastung psychischer Störungen		√

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:	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden	Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden
Patientenerfahrung		
▪ Patientenzufriedenheit "Opiniooon"	√	√

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden	Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden
Wiedereintritte		
▪ Rehospitalisation	√	√
Infektionen		
▪ SSI Surveillance / postoperative Wundinfektionen	√	
Stürze		
▪ Orbis Sturz	√	

4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Orbis-Medication

Ziel	*Digitalisierung der Medikamenten-Verordnungen*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Akutsomatik*
Standorte	*Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*März 2023 bis September 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*

Einführung eines ISDS

Ziel	*Einhaltung gesetzlicher Vorgaben sicherstellen*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*ganzer Spitalverbund*
Standorte	*Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden, Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*Januar 2026 bis Juli 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen*
Methodik	*Prozessaufnahme und -optimierung*
Involvierte Berufsgruppen	*IT und Buisness Development & Governance*

Umsetzung des neuen Dokumenten-, Prozess- und Risikomanagementsystems

Ziel	*Einheitliches Dokumenten-, Prozess- und Risikomanagementsystems für beide Standorte des SVAR.*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*ganzer Spitalverbund*
Standorte	*Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden, Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*Januar 2024 bis Dezember 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Standardisierte Ablage und Verfassen von Prozessen, Dokumenten und Handlungsanweisungen. sowie Vereinfachung der Suche von Dokumenten, etc.*
Methodik	*internes Projekt*
Involvierte Berufsgruppen	*alle Berufsgruppen*
Evaluation Aktivität / Projekt	*in regelmässigen Abständen durch die Geschäftsleitung*

SanaCERT-Suisse Überwachungsaudit 2026

Ziel	*Erfolgreiches Überwachungsaudit 2026 des SanaCERT-Suisse Labels*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Akutsomatik*
Standorte	*Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*Januar 2025 bis Dezember 2026*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Alle drei Jahre steht die obligatorische Re-Zertifizierung des Labels SanaCERT-Suisse an.*
Methodik	*gemäss den Kriterien und Standards von SanaCERT Suisse*
Involvierte Berufsgruppen	*alle Berufsgruppen*
Weiterführende Unterlagen	*https://sanacert.ch/de/*

Überwachungsaudit ISO 9001:2015 im PZA

Ziel	*Laufende Zertifizierung nach ISO 9001:2015*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Psychiatrie*
Standorte	*Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*Juni 2026 bis Januar 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Wiederkehrende Zertifizierung*
Methodik	*gemäss Vorgaben ISO*
Involvierte Berufsgruppen	*alle Berufsgruppen*

Weiterentwicklung des Risikomanagements

Ziel	*Implementierung auf allen Ebenen uns Standorten. Ziel ist es, das Risikomanagement weiter zu stärken, Risiken früher zu erkennen und die Patientensicherheit nachhaltig zu erhöhen.*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*ganzes Unternehmen*
Standorte	*Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden, Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*Juni 2025 bis Juni 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Gewährleistung der betrieblichen Sicherheit und Kontinuität*
Involvierte Berufsgruppen	*alle Berufsgruppen*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Gemäss Projektplan*

Entwicklung und Einführung eines Business Continuity Management (BCM)

Ziel	*Aufbau eines unternehmensweiten BCM-Systems, das die Fortführung kritischer Geschäftsprozesse bei Störungen sicherstellt.*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*ganzer Spitalverbund*
Standorte	*Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden, Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*Juni 2026 bis Dezember 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Sicherstellung der Betriebsfähigkeit*
Involvierte Berufsgruppen	*alle Berufsgruppen*

Mitarbeiterbefragung

Ziel	*Mitarbeitendenzufriedenheit messen*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*ganzer Spitalverbund*
Standorte	*Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden, Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*Juni 2026 bis Oktober 2026*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Unterstützung der strategischen Weiterentwicklung*
Methodik	*Standardisierter Online-Fragebogen*
Involvierte Berufsgruppen	*alle Berufsgruppen*

Aufbau und Umsetzung eines Eintritts- und Austrittsmanagement

Ziel	*Standardisierung und Optimierung der Versorgungsabläufe sowie Patientensicherheit, Kunden- und Patientenzufriedenheit*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*beide Standorte*
Standorte	*Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden, Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*August 2025 bis September 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Optimierung Prozesse, Erhöhung Patienten- und Zuweiserzufriedenheit*
Involvierte Berufsgruppen	*alle Berufsgruppen*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Aufgrund Personalmangel und Wechsel im oberen Kader wurde das Ziel auf 2027 verschoben*

Weiterentwicklung und Etablierung von Clinical Pathways in allen Kliniken

Ziel	*Standardisierung und Optimierung der Versorgungsabläufe sowie Patientensicherheit, Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Akutsomatik*
Standorte	*Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*Oktober 2025 bis September 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Involvierte Berufsgruppen	*alle Berufsgruppen*
Evaluation Aktivität / Projekt	*Aufgrund Personalmangel und Wechsel im oberen Kader wurde das Ziel auf 2027 verschoben*

Ausbau und Weiterentwicklung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Ziel	*Ausbau und Weiterentwicklung eines BGM soll die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit der Mitarbeitenden nachhaltig stärken und damit die organisatorische Stabilität und Attraktivität als Arbeitgeber erhöhen.*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*ganzer Spitalverbund*
Standorte	*Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden, Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*Februar 2026 bis August 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Ein BGM ist notwendig, um die Gesundheit der Mitarbeitenden zu stärken, Ausfälle zu reduzieren und den steigenden Belastungen im Arbeitsalltag wirksam zu begegnen.*
Involvierte Berufsgruppen	*HR*

Ausbau Unternehmensentwicklung, Qualitätsmanagement und Risikomanagement

Ziel	*Stärkung der Qualitäts- und Sicherheitskultur*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*ganzer Spitalverbund*
Standorte	*Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden, Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*kontinuierlich*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Strategische Weiterentwicklung des Spitalverbunds*
Involvierte Berufsgruppen	*alle Berufsgruppen*

Ausbau und Weiterentwicklung des Zuweisermanagement

Ziel	*Steigerung der Fallzahlen und Qualität der Zuweisungen*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*ganzer Spitalverbund*
Standorte	*Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden, Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*Januar 2026 bis Dezember 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.*
Begründung	*Strategische Bedeutung*
Methodik	*Prozess- und Organisationsdesign*
Involvierte Berufsgruppen	*alle Berufsgruppen*

Digitalisierung der Patientendokumentation auf der Intensivstation

Ziel	*Verbesserung der Behandlungsdokumentation und Behandlungsqualität*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Intensivstation*
Standorte	*Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*März 2026 bis November 2027*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.*
Begründung	*Hohe Komplexität der Intensivmedizin*
Involvierte Berufsgruppen	*Informatik, Pflege und Ärzte*

4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr *2009* ein CIRS eingeführt.
Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

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

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

Bemerkungen
Die CIRS-Kommissionen KSU und PZA – bestehend aus QM/RM, medizinischem Personal sowie Mitarbeitenden aus nichtmedizinischen Bereichen – führen viermal jährlich Besprechungen durch, um eingegangene Fälle zu analysieren. Aus diesen Besprechungen werden präventive Massnahmen abgeleitet, die dazu dienen, ähnliche Risiken künftig zu vermeiden. Die Mitglieder der CIRS-Kommission tragen weiterhin die Verantwortung für die jeweiligen Risiken und koordinieren die Umsetzung geeigneter Massnahmen. Die Wirksamkeit dieser Massnahmen wird intern überprüft; die Ergebnisse fliessen in die interne Auditplanung ein. Ziel des gesamten Prozesses ist es, Wiederholungen von CIRS-Fällen zu verhindern oder deren Häufigkeit zu reduzieren

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**	**Standorte**
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUAlität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	*(über sgar-ssar)*	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden
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, Bariatrie, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	*2003*	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden
CHPACE WEB Datenbank der implantierten Schrittmacher und Defibrillatoren sowie der Ablationen	Kardiologie	Schweizerische Stiftung für Rhythmologie www.pacemaker-stiftung.ch www.rhythmologie-stiftung.ch	*k.A.*	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	*k.A.*	Alle
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	*k.A.*	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	*k.A.*	Alle
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/	*k.A.*	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden

		siris-spine.com/		
srrqap Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Stadtspital Zürich Waid, Institut für Nephrologie -- srrqap www.swissnephrology.ch	*k.A.*	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden
STIZ - Tox Info Suisse Schweizerisches Toxikologisches Informationszentrum	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Ophthalmologie, Pathologie, Prävention und Gesundheitsw., Psychiatrie und Psychotherapie, Tropen- und Reisemedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Arbeitsmedizin, Nephrologie, Pneumologie, Kl. Pharmakol. und Toxikol., Intensivmedizin	Tox Info Suisse www.toxinfo.ch	*k.A.*	Alle
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.*	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden
SWISSRECA Swiss Registry of Cardiac Arrest	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Prävention und Gesundheitsw., Kardiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin preklinische und klinische	Interverband für Rettungswesen IVR-IAS www.ivr-ias.ch	*k.A.*	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden

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**	**Standorte**
KR Ostschweiz Krebsregister Ostschweiz	Alle	ostschweiz.krebsliga.ch/ ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-o…	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden

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**	**Standorte**	**Kommentare**
sanaCERT	*Spital Herisau*	*2009*	*2026*	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden	
IVR Interverband für Rettungswesen	*Rettungsdienst*	*2007*	*2023*	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden	*im Mai 2027 Rezertifizierung terminiert*
REKOLE H+	*Finanzen SVAR*	*2011*	*2023*	Alle	*im November 2026 Rezertifizierung terminiert*
QUALAB	*Labor*	*2009*	*2026*	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden	
ISO 9001:2015	*Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden*	*2017*	*2025*	Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden	*im Dezember 2026 Überwachungsaudit statt*

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), Psychiatrie

Ab Frühling 2026 ersetzt der Fragebogen Swiss PREMs Psychiatry den bisherigen ANQ-Kurzfragebogen. Beim Swiss PREMs handelt es sich um ein differenziertes Befragungs- instrument zur Erhebung der Patientenerfahrung, das in einem aufwändigen Verfahren aus- gewählt, gezielt angepasst und in Pilotmessungen getestet wurde.

Der Swiss PREMs Psychiatry fragt folgende relevanten Dimensionen ab: Aufnahme/Eintritt, Information/Kommunikation, Pflegepersonal, Ärzteschaft und andere Mitarbeitende, Einbezug in Entscheidungsprozesse, Organisation/Abläufe und Wartezeiten, Vertrauen/Sicherheit be-züglich 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: Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenzufriedenheit "Opiniooon"

Bei jedem stationären Austritt erfolgt eine elektronische Patientenbefragung mittels Tablet. Dabei kann der Patient anonym seine Meinung zu seinem Aufenthalt durch verschiedene Fragen direkt im Spital abgeben. Möchte der Patient mit seinem Namen eine Rückmeldung hinterlassen, hat er ebenfalls die Möglichkeit, dies durch das Scannen seines Patientenarmbandes oder durch die Angabe seiner Kontaktkoordinaten zu tun.

Die täglich aktuellen Rückmeldungen pro Standort ermöglichen es dem Management, falls notwendig, Massnahmen zu definieren und umzusetzen. Wöchentlich erhalten die Ärzte sowie das QM/RM eine Übersicht über die aktuellen Bewertungswerte. Die Applikation erlaubt es, Massnahmen, Ziele sowie Matrixen zu erstellen.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 an allen Standorten durchgeführt.
Es werden alle austretende Patienten befragt

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die aktuellsten Ergebnisse sind für das Management und die Standortverantwortlichen jederzeit im Online Dashbaord einsehbar.
Das Dashboard dient als Teil des Feedbackmanagement bei Zertifizierungen.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	*Fragebogen*

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
Beschwerdemanagement
Sarah Wohlgenannt
Fachverantwortliche Qualitätsmanagement
071 353 84 11
qualitaet@svar.ch
Mo - Fr
08:00 - 17:00

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 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung zur Mitarbeiterzufriedenheit wird über die Unternehmensentwicklung des SVAR abgewickelt und findet alle drei Jahre statt.

An der Befragung nehmen alle Mitarbeitenden des SVAR teil.

Die Ergebnisse werden jeweils an Mitarbeiterevents vorgestellt. Die Massnahmen werden durch die GL in Zusammenarbeit mit der Unternehmensentwicklung erarbeitet und im Intranet publiziert.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr *2023* an allen Standorten durchgeführt.
Die nächste Mitarbeitendenbefragung erfolgt im Jahr *2026*.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	*Microsoft Forms*

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 eigenen 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 Messmehtode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem Webportal des ANQ verfügbar.

Zu den Messergebnissen: Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden

9.2 Eigene Messung

9.2.1 Rehospitalisation

Ab 2022 (BFS-Daten 2020) werden die ungeplanten Rehospitalisationen basierend auf einem ursprünglich von der amerikanischen Yale School of Medicine publizierten, für die Schweiz angepassten Algorithmus, gemessen. Als Datenbasis dient die «Medizinische Statistik der Krankenhäuser» des Bundesamts für Statistik (BFS).

Die Methode erlaubt es, die ungeplanten Rehospitalisationen innert 30 Tagen nach Austritt zu identifizieren. Dabei wird die Rehospitalisationsrate auf Ebene Spital/Klinik und für verschiedene klinisch-relevanten Kohorten berechnet. Das Kollektiv umfasst alle Patientinnen und Patienten über 18 Jahre mit Wohnsitz in der Schweiz.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 an allen Standorten durchgeführt.
Die Messungen haben in allen Klinken stattgefunden

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Messergebnisse

Die postoperative Wundinfektionsrate im Bereich Kolon liegt bei 11.8 % und hat sich damit gegenüber dem Vorjahr (15.0 %) um 3.2 Prozentpunkte verbessert.

Bei den Appendektomien beträgt die Infektionsrate 5.4 %, was gegenüber dem Vorjahr (3.7 %) einer Zunahme von 1.7 Prozentpunkten entspricht.

Bei den Hüft-Totalprothesen bleibt die Infektionsrate unverändert bei 0 %, sowohl im aktuellen Jahr als auch im Vorjahr.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	*Internes Reporting (Codierung)*

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 Knietotalprothesen 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 Herisau, Appenzell Ausserrhoden

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 Messmehtode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem Webportal des ANQ und bei Swissnoso verfügbar.

Zu den Messergebnissen: Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

11.2 Eigene Messung

11.2.1 SSI Surveillance / postoperative Wundinfektionen

Aufbauend auf dem amerikanischen System zur Erfassung nosokomialer Infektionen (früher National Nosocomial Infections Surveillance NNIS, aktuell National Healthcare Safety Network NHSN) und basierend auf den Erfahrungen, die seit 1998 im Rahmen eines ähnlichen Programms gewonnen werden konnten, welches durch das Zentralinstitut des Spitals Wallis in den Westschweizer Kantonen, im Tessin und in einem Spital des Kantons Bern durchgeführt wurde, wurde im Juni 2009 das nationale Swissnoso-Programm gestartet. Inzwischen nehmen mehr als 150 Schweizer Spitäler und Kliniken an diesem Programm zur Erfassung postoperativer Wundinfektionen (Modul SSI Surveillance) teil. Die teilnehmenden Spitäler und Kliniken sind auf Seite 4 aufgeführt.

Das Swissnoso-Modul, das im Auftrag des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) durchgeführt wird, wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Gesellschaft für Spitalhygiene (SGSH) und der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (SGInf) unterstützt. Im Rahmen der praktischen Umsetzung arbeitet Swissnoso mit SwissRDL – Medical Registries and Data Linkage vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern zusammen. Dieses Institut stellt die anonymisierte Datenbank für die Online-Erfassung zur Verfügung und hat in enger Zusammenarbeit mit Swissnoso und unter dessen Aufsicht die Datenanalyse durchgeführt und den Bericht vorbereitet.

Diese Messung haben wir vom *01.10.2023* bis *30.09.2024* am Standort *„Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden"* durchgeführt.
Chirurgie, Traumatologie/Orthopädie

Angaben zum untersuchten Kollektiv
Die Daten werden über die geschützte Swissnoso-Plattform eingegeben, die vom Swiss RDL – Medical Registries and Data Linkage des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern gehostet wird. Swissnoso erteilt den Surveillance-Beauftragten die Zugangsberechtigung.

Messergebnisse
Die vollständigen Resultate zur postoperativen Wundinfektionsrate sind hier einsehbar.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	*Swissnoso*
Methode / Instrument	*Fragebogen auf Online Datenbank*

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 Orbis Sturz

Das Ziel der Messung ist es, die Patientensicherheit zu erhöhen, indem Sturzereignisse im Spital systematisch erfasst und ausgewertet werden. Dadurch sollen Risiken frühzeitig erkannt, Präventionsmassnahmen verbessert und die Qualität der Pflege kontinuierlich gesteigert werden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 am Standort *„Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden”* durchgeführt.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Das untersuchte Kollektiv umfasst alle hospitalisierten Patientinnen und Patienten, bei denen während des Messzeitraums ein Sturzereignis dokumentiert wurde.

Messergebnisse

Im Jahr 2025 zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr eine deutliche Zunahme der Sturzereignisse. Insgesamt wurden 23 zusätzliche Stürze registriert, was einer Steigerung von 0.8 Stürzen pro 1'000 Pflegetage entspricht. Auch die Zahl der Mehrfachstürze nahm um 9 Fälle zu. Gleichzeitig stieg der Verletzungsindex um 8.7 Punkte, was auf eine höhere Belastung durch sturzbedingte Verletzungen hinweist.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	*Orbis*

Psychiatriespezifische Messungen

Der ANQ-Messplan Psychiatrie wurde im Juli 2012 für die stationäre Erwachsenenpsychiatrie eingeführt und ein Jahr später auf die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgeweitet. In beiden Bereichen – der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie – wird die Symptombelastung gemessen und ihre Veränderung während des stationären Aufenthalts erfasst. Dabei werden sowohl die Einschätzungen der Behandelnden als auch die der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Zusätzlich werden die Art und Häufigkeit von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen dokumentiert. Bei den Messungen handelt es sich um Vollerhebungen. Die erhobenen Daten werden einmal pro Jahr ausgewertet.

Die Messergebnisse der Erwachsenenpsychiatrie werden stratifiziert und getrennt nach Kliniktypen ausgewiesen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt keine Stratifizierung.

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung

14.1 Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM) in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbstoder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.
Mit dieser Messung ermittelt der ANQ jährlich den Anteil der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer FM. FM werden unter Berücksichtigung des Kindes- und Erwachsenenschutzes eingesetzt, wenn Patientinnen und Patienten sich selbst oder Dritte gefährden. Die Messergebnisse müssen immer im Kontext betrachtet werden. Das heisst: Weniger FM bedeuten nicht automatisch eine bessere Behandlungsqualität. Im Rahmen der ANQ-Messungen werden folgende FM erfasst: Isolation (psychiatrischen oder infektiologischen/somatischen Gründen), Fixierung, Zwangsmedikation sowie zusätzlich in der Erwachsenenpsychiatrie Festhalten und Bewegungseinschränkungen im Stuhl und Bett.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem Webportal des ANQ verfügbar.

Zu den Messergebnissen:

- Kliniken der Akut- und Grundversorgung

14.2 Symptombelastung psychischer Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie, und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Symptombelastung zeigt Anzahl und Schweregrad der Symptome einer psychischen Störung. Die Messung erfolgt anhand einer Fremd- und Selbstbeurteilung. Zur Fremdbeurteilung wird der Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) im Erwachsenenbereich und der Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) verwendet. Die Selbstbeurteilung wird in der forensischen Psychiatrie und in der Alterspsychiatrie nicht erhoben. Bei den weiteren Kliniken des Erwachsenenbereichs wird die Symptombelastung bei den Patientinnen und Patienten mit der Brief-Symptom-Checklist (BSCL) erfasst. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird die Selbstbeurteilung der Symptombelastung mit der Health oft he Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating (HoNOSCASR) erhoben. Aus der Fremd- und Selbstbeurteilung ergibt sich ein Differenzwert, der die Veränderung der Symptombelastung abbildet. Ein höherer Differenzwert weist auf eine höhere Wirksamkeit der Behandlung hin als ein tieferer.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem Webportal des ANQ verfügbar.

Zu den Messergebnissen:

- Kliniken der Akut- und Grundversorgung

17 Projekte im Detail

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

17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

17.1.1 Weiterentwicklung des Risikomanagements

Das Projekt wird an den Standorten „Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden", „Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden" durchgeführt.

Projektart: Organisationsentwicklungsprojekt
Projektziel: Implementierung auf allen Ebenen uns Standorten. Ziel ist es, das Risikomanagement weiter zu stärken, Risiken früher zu erkennen und die Patientensicherheit nachhaltig zu erhöhen.
Involvierte Berufsgruppen: alle Berufsgruppen
Projektevaluation: Gemäss Projektplan

17.1.2 Entwicklung und Einführung eins BCM-Konzeptes

Das Projekt wird an den Standorten „Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden", „Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden" durchgeführt.

Projektart: Organisationsentwicklungsprojekt
Projektziel: Aufbau eines unternehmensweiten BCM-Systems, das die Fortführung kritischer Geschäftsprozesse bei Störungen sicherstellt. Attraktivität als Arbeitgeber erhöht.
Involvierte Berufsgruppen: alle Berufsgruppen

17.1.3 Ausbau und Weiterentwicklung des Zuweisermanagements

Das Projekt wird an den Standorten „Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden", „Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden" durchgeführt.

Projektart: Strategisches Organisationsentwicklungsprojekt
Projektziel: Steigerung der Fallzahlen und Qualität der Zuweisungen
Involvierte Berufsgruppen: alle Berufsgruppen

17.1.4 Aufbau und Umsetzung eines Eintritts- und Austrittsmanagement zur Verbesserung der Versorgungsabläufe sowie Patientensicherheit

Das Projekt wird an den Standorten „Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden", „Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden" durchgeführt.

Projektart: Organisationsentwicklungsprojekt
Projektziel: Standardisierung und Optimierung der Versorgungsabläufe sowie Patientensicherheit, Kunden- und Patientenzufriedenheit.
Involvierte Berufsgruppen: alle Berufsgruppen
Projektevaluation: Aufgrund Personalmangel und Wechsel im oberen Kader wurde das Ziel auf 2027 verschoben

17.1.5 Weiterentwicklung und Etablierung von Clinical Pathways in allen Kliniken zur Standardisierung und Verbesserung der Versorgungs

Das Projekt wird an den Standorten „Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden", „Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden" durchgeführt.

Projektart: Strategisches Organisationsentwicklungsprojekt
Projektziel: Standardisierung und Optimierung der Versorgungsabläufe sowie Patientensicherheit, Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit
Involvierte Berufsgruppen: alle Berufsgruppen
Projektevaluation: Aufgrund Personalmangel und Wechsel im oberen Kader wurde das Ziel auf 2027 verschoben

17.1.6 Digitalisierung der Patientendokumentation auf der Intensivstation

Das Projekt wird am Standort Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden durchgeführt.

Projektart: Strategisches Digitalisierungs- und Organisationsentwicklungsprojekt
Projektziel: Verbesserung der Behandlungsdokumentation und Behandlungsqualität
Involvierte Berufsgruppen: Informatik, Pflege und Ärzte

17.1.7 Ausbau und Weiterentwicklung eines BGM

Das Projekt wird an den Standorten „Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden", „Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden" durchgeführt.

Projektart: Strategisches Organisationsentwicklungs- und Gesundheitsförderungsprojekt
Projektziel: Der Ausbau und Weiterentwicklung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) soll die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit der Mitarbeitenden nachhaltig stärken und damit die organisatorische Stabilität und Attraktivität als Arbeitgeber erhöht.
Involvierte Berufsgruppen: HR

17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

17.2.1 Erfolgreiche ISO 9001:2015 Re-Zertifizierung in der Psychiatrie

Das Projekt wurde am Standort Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden durchgeführt.

Projektart: Entwicklungsprojekt
Projektziel: erfolgreiche Re-Zerifizierung
Projektablauf / Methodik: gemäss Vorgaben ISO
Involvierte Berufsgruppen: Ärzte, Pflege, Therapeuten, Betriebswirtschaft, Technik, Administration, Hotelerie
Stand der Umsetzung: Die Re-Zertifizierung war erfolgreich.

17.2.2 Erfolgreiche SanaCert Re-Zertifizierung in der Akutsomatik

Das Projekt wurde am Standort Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden durchgeführt.

Projektart: Entwicklungsprojekt
Projektziel: erfolgreiche Re-Zerifizierung
Projektablauf / Methodik: gemäss Vorgaben SanaCert
Involvierte Berufsgruppen: Ärzte, Pflege, Therapeuten, Betriebswirtschaft, Technik, Administration, Hotelerie
Stand der Umsetzung: Die Re-Zertifizierung war erfolgreich.

17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

17.3.1 Überwachungsaudit nach ISO 9001;2015 für die Psychiatrie

Die Zertifizierung wird am Standort Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden durchgeführt.

Projektart: Qualitätsprojekt
Projektziel: Vorbereitung und Durchführung des Überwachungsaudits nach ISO 9001:2015 im Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserhoden
Involvierte Berufsgruppen: Ärzte, Pflege, Therapeuten, Betriebswirtschaft, Technik, Administration, Sozialdienst, Hotellerie

17.3.2 Überwachungsaudit nach sanaCERT suisse für die Akutsomatik

Die Zertifizierung wird am Standort Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden durchgeführt.

2009 fand die Erst-Zertifizierung durch SanaCERT Suisse statt. Bis und mit 2015 galt das Zertifikat auch für das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden. Seit 2015 findet die Zertifzierung nur im Spital Herisau statt. In den Jahren haben sich die einzelnen den Auditoren vorgelegten Standards nicht gross geändert. Pro Re-Zertifizierung wird jedoch darauf geachtet, dass ein bis zwei Stadards ausgewechselt werden. Dies im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.
Im Mai 2025 wurden beim Überwachungsaudit folgende Standards den Auditoren vorgelegt:

- Grundstandard Qualitätsmanagement
- Infektionsprävention und Spitalhygiene
- Schmerzbehandlung
- Umgang mit akut verwirrten Menschen
- Umgang mit kritischen Ereignissen
- Risikomanagement
- Feedbackmanagement
- Sturzprävention

17.3.3 Rekole

Die Zertifizierung wird an den Standorten „Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden", „Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden" durchgeführt.

Projektart: Entwicklungsprojekt
Projektziel: Schaffung einer gesetzeskonformen, einheitlichen und verursachergerechten Kosten- und Leistungsrechnung für Schweizer Spitäler und Kliniken.
Involvierte Berufsgruppen: Finanzen und Controlling

18 Schlusswort und Ausblick

Das Jahr 2025 war für den Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) geprägt von weiterer Stabilisierung und konsequenter Arbeit an unseren strategischen Zielen. Unser Versorgungsauftrag konnte sowohl in der Akutsomatik als auch in der Psychiatrie vollumfänglich und ohne Bettenschliessungen erfüllt werden. Gleichzeitig gelang es uns, unser Angebot gezielt auszubauen. Trotz eines anspruchsvollen Umfelds zeigte die Belegung an beiden Standorten erneut eine erfreuliche Entwicklung.

Diese positive Entwicklung ist in erster Linie dem grossen Engagement unserer Mitarbeitenden zu verdanken. Die Fortschritte in der Kulturentwicklung wirken sich spürbar auf die Zusammenarbeit und die operative Stabilität aus. Dies bestätigen auch die erfolgreichen ISO-Re-Zertifizierungsaudits im PZA sowie das Re-Zertifizierungsaudit von SanaCert in der Akutsomatik. Die vertrauensvolle Zusammenarbeit – sowohl intern als auch mit unseren Anspruchsgruppen – bleibt für uns ein zentraler Erfolgsfaktor, den wir weiterhin bewusst pflegen und stärken.

Auch in der technologischen und betrieblichen Weiterentwicklung konnten wir wichtige Schritte realisieren, unter anderem mit der erfolgreichen Eröffnung unseres neuen Besucher- und Therapiezentrums. Ein bedeutender Meilenstein war zudem die Verankerung des Qualitätsmanagements in der obersten operativen Führungsebene, wodurch Qualität und Sicherheit noch stärker strategisch gesteuert und institutionell verankert werden.

Parallel dazu stehen wir gemeinsam mit dem Kanton als Eigner in engem Austausch über die zukünftige strategische Positionierung der Akutsomatik in Herisau. In der Akutpsychiatrie reagieren wir auf die steigende psychische Belastung vieler Bevölkerungsgruppen und die wachsende Nachfrage nach psychiatrischer Versorgung, damit wollen wir die hohe Versorgungsrelevanz des PZA weiter stärken.

Unser Engagement für Qualität und Risikomanagement bleibt ein integraler Bestandteil unseres Handelns. Wir arbeiten kontinuierlich daran, höchste Standards in Qualität und Sicherheit zu gewährleisten und Risiken proaktiv zu managen.

Abschliessend bekräftigen wir unser Streben nach Exzellenz und danken der gesamten Gemeinschaft für ihre fortwährende Unterstützung. Unsere Vision bleibt unverändert: Wir wollen auch in Zukunft die bestmögliche Versorgung für alle sicherstellen.

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

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen	Spital Herisau, Appenzell Ausserrhoden
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)	√
Kieferchirurgie	√
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)	
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'	√
Radikale Prostatektomie	√
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters	√
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	√
Rheumatologie	
Rheumatologie	√
Gynäkologie	
Gynäkologie	√
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum	√
Gynäkologische Tumore	√
Geburtshilfe	
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und >= 2000g)	√
Neugeborene	
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und >= 2000g)	√
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)	
Onkologie	√

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose	Psychiatrisches Zentrum, Appenzell Ausserrhoden
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	√
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	√
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	√
F3	Affektive Störungen	√
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	√
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	√
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	√
F7	Intelligenzstörungen	√
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	√

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.