



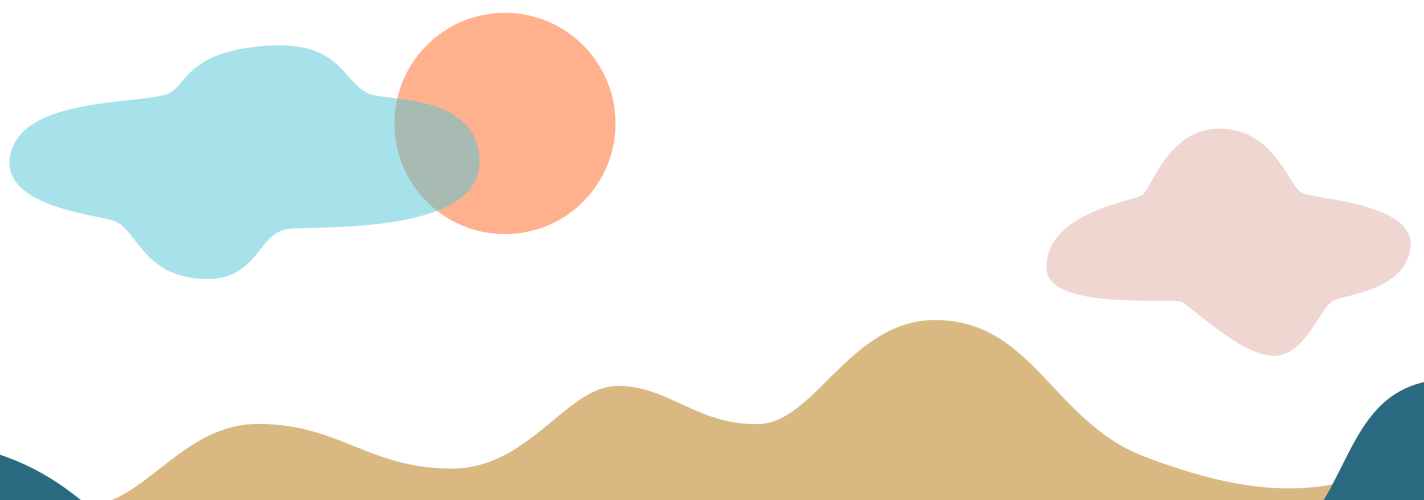
Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

15.06.2026
Jannik Witmer, Stiftungsdirektor

Version 1



Diaconis, Palliative Care

www.diaconis.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
Sandra Haas
Qualitätsbeauftragte
031 337 75 97
sandra.haas@diaconis.ch

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

Die H+ Qualittsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Die Informationen hierzu werden auch in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform spitalinfo.ch 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tsvertrag gemäss Art. 58a KVG (QV58a). Weitere Informationen zum Qualittsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – Qualität – Qualittsvertrag. Die Selbstdeklarationen werden durch die Spitäler und Kliniken mindestens einmal jährlich aktualisiert. Im Qualitätsbericht 2025 sind diese Angaben nun erstmals automatisch integriert und entsprechen dem Stand Ende Jahr 2025.

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

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	8
2.1 Organigramm	8
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 <i>Im Jahr 2025 führte der ANQ keine nationale Sturz- und Dekubitusmessung durch</i>	
4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen <i>Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben</i>	
4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	13
4.6 Registerübersicht	14
4.7 Zertifizierungsübersicht	14
QUALITÄTSMESSUNGEN	15
Erhebung der Patientenerfahrung	16
5 Patientenerfahrung	16
5.1 Eigene Befragung	16
5.1.1 Erfassung der Patientinnenzufriedenheit	16
5.2 Beschwerdemanagement	16
6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern	17
6.1 Eigene Befragung	17
6.1.1 Angehörigenbefragung	17
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	18
7.1 Eigene Befragung	18
7.1.1 Mitarbeitendenbefragung	18
8 Zuweiserzufriedenheit	20
8.1 Eigene Befragung	20
8.1.1 Unstrukturierte Erfassung der Feedbacks	20
Behandlungsqualität	
Messungen in der Akutsomatik	0
9 Wiedereintritte <i>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.</i>	
10 Operationen <i>Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.</i>	
11 Infektionen <i>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.</i>	
12 Stürze <i>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.</i>	
13 Dekubitus <i>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.</i>	
Psychiatriespezifische Messungen	0
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung <i>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.</i>	
Rehaspezifische Messungen	0

15	Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit	
	<i>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.</i>	
	Weitere Qualitätsaktivitäten	0
16	Weitere Qualitätsmessungen	
	<i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.</i>	
17	Projekte im Detail	21
17.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	21
17.1.1	Patient-oriented Outcomes	21
17.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025	21
17.2.1	Interprofessionell zusammenarbeiten: vorausschauende Planung über die Berufsgruppen	21
17.2.2	Dokumentieren und kommunizieren: Verbesserung der Qualität des interprofessionellen Rapports und Neudefinition des Hauptfokus i	21
17.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	21
17.3.1	Label "Qualität in Palliative Care"	21
18	Schlusswort und Ausblick	22
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	23
	Akutsomatik	23
	Herausgeber	24

1 Einleitung

Stiftung Diaconis

Die Stiftung Diaconis betreibt die drei Geschäftsbereiche Wohnen & Pflege, Palliative Care und Arbeitsintegration. Seit ihrer Gründung im Jahr 1844 setzt sie sich als Non-Profit-Organisation dafür ein, dass Menschen in fragilen Lebenssituationen gemäss ihren Bedürfnissen versorgt, gepflegt und begleitet werden. Das Team umfasst rund 250 Mitarbeitende an mehreren Standorten in der Stadt Bern, in Ostermundigen und in Biel.

In den drei Pflegeheimen Oranienburg, Belvoir und Altenberg sowie in der Seniorenresidenz Villa Sarepta bietet Diaconis fürsorgliche und professionelle Pflege rund um die Uhr. Die Nähe zur Stadt und zum Salem-Spital sowie das eigene Ärzteteam machen die Häuser zur ersten Wahl für ein angenehmes und sicheres Wohnen im Alter.

Diaconis Palliative Care versorgt unheilbar kranke Menschen mit Bedarf nach Spitalbehandlung. Seit 1995 begleitet sie Menschen im letzten Lebensabschnitt. Heute ist Diaconis die grösste Anbieterin spezialisierter Palliative Care im Kanton Bern und Kooperationspartnerin des Inselspitals.

Im Auftrag des Kantons Bern, von Sozial- und Flüchtlingsdiensten sowie weiteren Auftraggebenden bietet Diaconis an den beiden Standorten Ostermundigen und Biel Integrationsprogramme für Erwerbslose an. Das Angebot umfasst:

- Vermittlung befristeter Arbeitseinsätze
- Jobcoaching
- Bewerbungskurse
- individuelle Integrationslösungen für Migrantinnen und Migranten

Diaconis Palliative Care

Im Januar 1995 wurde Diaconis Palliative Care unter dem Namen «Station für Palliative Therapie» des Salem-Spitals Bern gegründet und bietet seither stationäre spezialisierte Palliative Care an. Seit 2001 gehört die Station nicht mehr zum Salem-Spital, sondern ist direkt der Stiftung Diaconis (ehemals Diakonissenhaus Bern) angegliedert. Seit 2002 ist Diaconis Palliative Care als eigenständige Institution auf der Spitalliste des Kantons Bern aufgeführt. Aufgrund der grossen Nachfrage nach stationärer spezialisierter Palliative Care wurde das Angebot im Frühjahr 2015 und im Frühjahr 2019 erweitert und umfasst heute 15 Einzelzimmer.

Zielgruppe

Das Angebot richtet sich an Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und fortschreitenden Krankheiten in instabilen und komplexen Situationen.

Einzugsgebiet

Das Einzugsgebiet umfasst primär die Stadt und die Region Bern sowie das Seeland.

Interprofessionelle Betreuung

Das interprofessionelle Team ist auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiert. Es setzt sich aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen, Therapeutinnen und Therapeuten, Seelsorgenden, Sozialarbeitenden, psychosozialen Beratenden und freiwillig Engagierten zusammen. Bei Bedarf werden gemeinsam mit den Betroffenen interprofessionelle Standortgespräche durchgeführt. Hochkomplexe Patientensituationen werden an regelmässigen interprofessionellen Fallbesprechungen, Rapporten und Supervisionen analysiert.

Qualitätsmanagement

Die gesamte Stiftung Diaconis verfügt über ein Qualitätsmanagementsystem und ist seit 2006 nach der Norm ISO 9001 zertifiziert. Im Jahr 2016 wurde Diaconis Palliative Care erfolgreich von qualitépalliative auditiert und mit dem Label für «Qualität in Palliative Care» ausgezeichnet. Sämtliche

bisher durchgeführten Assessments und Rezertifizierungen wurden bestanden.

Qualitätsmessungen und Qualitätsaktivitäten

Aktivitäten zur Messung und Verbesserung der Qualität geniessen bei Diaconis höchste Priorität. Detaillierte Angaben dazu finden sich in den folgenden Abschnitten dieses Berichts.

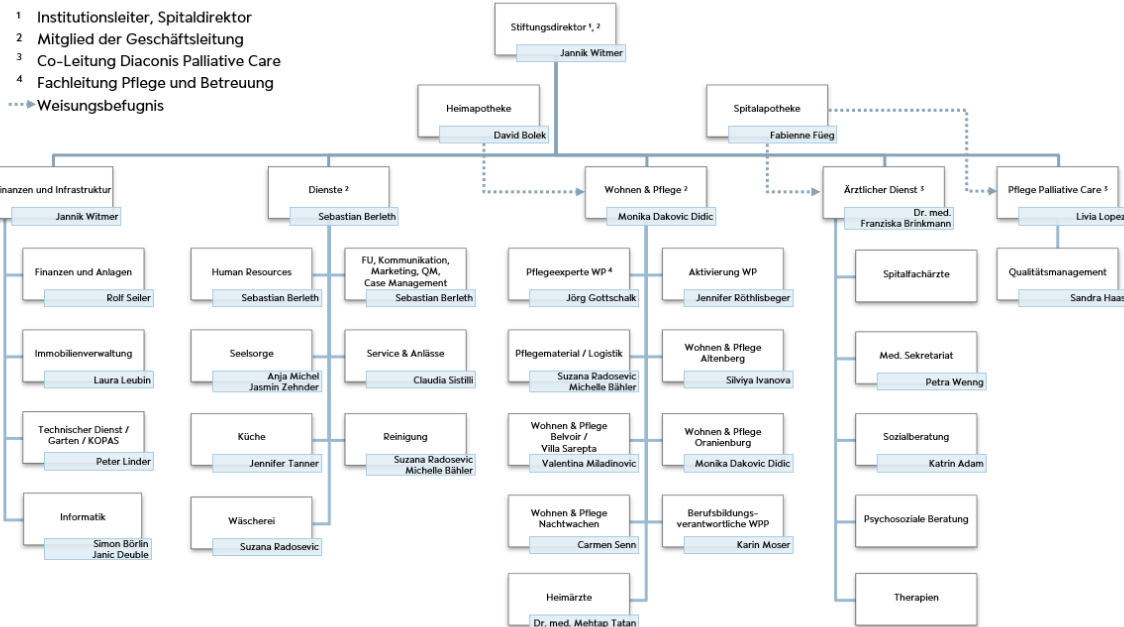
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Organigramm Wohnen & Pflege und Palliative Care



Organigramm Wohnen & Pflege und Palliative Care 1.5.2025 Leitung Aktivierung

1 / 1

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt und damit auf oberster Führungsebene verankert. Diese Positionierung stellt sicher, dass Qualitätsthemen unmittelbar in strategische und operative Entscheide einfließen. Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt 70 Stellenprozente zur Verfügung. Die Fach- und Qualitätsverantwortliche Palliative Care und die Verantwortliche QM der Stiftung arbeiten eng zusammen und stehen in direktem Austausch. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sind im Organigramm abgebildet.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **70** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Sandra Haas
 Fach- und Qualitätsverantwortliche Palliative Care
 031 337 75 97
sandra.haas@diaconis.ch

Frau Eva Mathez
 Verantwortliche QM Stiftung Diaconis
 031 337 77 11
eva.mathez@diaconis.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätsverständnis

Qualität bedeutet für uns die Erfüllung von Anforderungen, die nicht zufällig, sondern stetig und systematisch erfolgt. Durch eine offene, respekt- und verantwortungsvolle Zusammenarbeit erreichen wir überzeugende, wirksame und messbare Leistungen von hoher Professionalität. Die Qualität dieser Leistungen weisen wir im Rahmen der kontinuierlichen Qualitätssicherung transparent aus und stützen uns dabei auf ein gemeinsames Qualitätsverständnis. Unsere Arbeit und Zusammenarbeit sind darauf ausgerichtet, die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten optimal zu erfüllen und laufend zu verbessern. Die Erfüllung dieser Anforderungen überprüfen wir regelmässig durch standardisierte Qualitätsmessungen, Zertifizierungszyklen sowie Rückmeldungen unserer Patientinnen und Patienten. Dazu führen wir Patienten- und Angehörigenbefragungen sowie Mitarbeitendenbefragungen durch.

Qualitätsziele

Patientenorientierung: Optimierung unserer Behandlung unter kontinuierlicher Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen. Behandlungsqualität und Patientensicherheit: Förderung der Qualitäts- und Sicherheitskultur im Sinne einer lernenden Organisation. Ökonomisches, ökologisches und soziales Management: Strategische Entscheide basieren auf ökonomischen, ökologischen und sozialen Aspekten. Mitarbeitendenzufriedenheit: Die Mitarbeitenden sind mit Arbeitsinhalten und Arbeitsbedingungen zufrieden. Der gegenseitige Umgang ist wertschätzend, respektvoll und verbindlich.

Unsere Werte

Wertschätzung und Respekt gegenüber Menschen. Hohe Qualität und Sicherheit im professionellen Handeln. Interprofessionelle, kompetente und transparente Zusammenarbeit intern und extern. Integrität, Aufrichtigkeit und Zuverlässigkeit in Haltung und Handeln.

Qualitätsschwerpunkte

Label "Qualität in Palliative Care" Diaconis Palliative Care verfügt seit 2016 über das Label "Qualität in Palliative Care" von *qualitépalliative*. Dieses berechtigt zum Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich "Spezialisierte Palliative Care Spital". Das Rezertifizierungs-Audit fand im November 2025 statt. Mit der Höchstpunktzahl von 100 von 100 Punkten wurde das Label erneut erlangt. Es ist gültig bis Oktober 2031. Behandlungsqualität optimieren Die Qualitätsverantwortliche Palliative Care und die Qualitätsmanagement-Verantwortliche der Institution arbeiten eng zusammen und stehen in direktem Austausch. Patientensicherheit gewährleisten Die Patientensicherheit wird durch eine offene Sicherheitskultur gefördert. Diaconis verfügt über ein CIRS (Critical Incident Reporting System). CIRS-Meldungen werden interprofessionell bearbeitet und sowohl in einer Arbeitsgruppe des Fachbereichs als auch auf Stufe Geschäftsleitung behandelt. Die daraus abgeleiteten Massnahmen und Anpassungen fliessen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) ein. Weiterentwicklung der spezialisierten Palliative Care unterstützen Die Leitende Ärztin setzt sich als Vorstandsmitglied von *qualitépalliative* für die Weiterentwicklung der Nationalen Qualitätskriterien Palliative Care ein. Daneben unterstützen wir die Mitarbeitenden von Diaconis in ihrer persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung. Wir fördern die Vernetzung der Palliative-Care-Angebote in der Region Bern durch aktive Mitarbeit bei den Mobilien Palliativen Diensten (MPD Bern) und in verschiedenen Arbeitsgruppen des Palliativnetz Region Bern, etwa bei A1-Schulungen, am Welt-Hospiztag und an Netzwerkveranstaltungen des Kantons Bern. Zudem halten wir öffentliche Vorträge zum Thema Palliative Care.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

1. Interprofessionell zusammenarbeiten: vorausschauende Planung in den verschiedenen Berufsgruppen zur Gewährleistung der hohen Behandlungsqualität

2. Dokumentieren und kommunizieren: Verbesserung der inhaltlichen Qualität des interprofessionellen Rapportes

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

An den unter Punkt 3.1 festgehaltenen Qualitätsschwerpunkten wurde folgendermassen gearbeitet:

1. Interprofessionell zusammenarbeiten

- Der ärztliche Dienst wurde insbesondere für die Wochenend- und Pikettdienste neu organisiert. Damit wurde die Behandlungsqualität für das Jahr 2025 sichergestellt, dieses Ziel wurde erreicht.

2. Dokumentieren und kommunizieren

- am interprofessionellen Rapport gibt es nun mehr Input von allen Berufsgruppen
- in der elektronischen Patientendokumentation wurde der Hauptfokus neu definiert und installiert. Dadurch entstand mehr Klarheit bezüglich Hospitalisationsziel. Es hat sich gezeigt, dass auch die Evaluationsbeschreibung noch weiter entwickelt werden sollte.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Strategie und Ziele der Geschäftsleitung:

In der spezialisierten Palliative Care bleibt Diaconis Palliative Care auch in Zukunft ein Leuchtturm, führend in medizinischer und pflegerischer Qualität.

Operative Ebene:

Für das Jahr 2026 wird der Fokus auf folgende Prozesse gesetzt:

Dokumentieren und kommunizieren:

Weitere Differenzierung des Hauptfokus und der Evaluationsmöglichkeiten für den interprofessionellen Rapport.

Interprofessionell zusammenarbeiten:

- Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten schärfen in der flachen Hierarchie
- Teamzusammenarbeit, -zusammenhalt und -haltung bezüglich Angehörigenbetreuung und Erwartungen / Vorstellungen zum "guten Sterben" stärken

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 : 11.12.2025		Externe Überprüfung QV58a KVG ²		Prüfstelle	Kommentar Spital
	Ergebnis				
Qualitätsmanagementsystem	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
Qualitätskultur	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Förderung der Speak up Kultur	✓				
▪ Interprofessionelle Peer Reviews	✓				
▪ Mitarbeitendenbefragung	✓				
▪ Qualitätszirkel	✓				
Patientensicherheit	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Dekubitusprävention FHV	✓				
▪ Prävention akuter Verwirrtheit	✓				
▪ Freiheitsbeschränkende Massnahmen	✓				
▪ Sturzprävention	✓				

Erläuterungen

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

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

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

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

4.4 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>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeitendenbefragung
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Unstrukturierte Erfassung der Feedbacks

4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Patient-oriented Outcomes

Ziel	<i>Die Behandlungsqualität zu zwei definierten Qualitätsindikatoren ist erfasst und dient als Grundlage für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Palliative Care</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>laufend</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</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 2017 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 Fachgruppe CIRS, bestehend aus einer Ärztin, einer Pflegefachperson und der Qualitätsverantwortlichen, bearbeitet jeden Fall interprofessionell.

In der viermal jährlich stattfindenden Fachgruppensitzung werden Massnahmen zur Risikominderung diskutiert und beschlossen. Die Umsetzung der beschlossenen Massnahmen liegt in der Verantwortung der Qualitätsverantwortlichen.

Sämtliche CIRS-Meldungen werden alle 14 Tage an den Geschäftsleitungssitzungen zur Kenntnis genommen. Sind übergeordnete, strukturelle Verbesserungsmassnahmen möglich und sinnvoll, werden diese durch dieses Gremium laufend initiiert und nach Konsultation der zuständigen Teams umgesetzt. Über das Ideentool können alle Mitarbeitenden Vorschläge einreichen. Auch diese werden im Rahmen der Geschäftsleitungssitzung besprochen und bearbeitet.

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.

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 BE Krebsregister Bern	Alle	www.krebsregister.unibe.ch/

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
ISO 9001:2015	angewendet im gesamten Betrieb	2006	2025	
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	angewendet im gesamten Betrieb	2000	2025	
Label "Qualität in Palliative Care" für die spezialisierte stationäre Palliative Care	Diaconis Palliative Care	2016	2025	

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 Eigene Befragung

5.1.1 Erfassung der Patientinnenzufriedenheit

Ziel der Befragung

- Patientinnen und Patienten können ihre Erfahrungen einbringen.
- Wir verstehen ihre Erwartungen und Bedürfnisse.
- Verbesserungspotenziale werden erkannt.

Was wird gemessen?

- *Einstiegsfragen: Gesamtzufriedenheit und Entscheid für die Institution.*
- *Allgemeine Fragen: Linderung des Leidens und Weiterempfehlung.*
- *Top of Mind: spontane Erlebnisse der Patientinnen und Patienten, wobei sowohl positiv als auch negativ bedeutsame Erlebnisse erfasst werden.*

Wie wird gemessen?

- Interview

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die nächste Patientenbefragung erfolgt im Jahr 2026.

stationäre spezialisierte Palliative Care

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Vorgabe SQS

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Diaconis, Palliative Care

*Ombudsstelle für das Spitalwesen des
Kantons Bern*

Ursula Theiler

Mediatorin FSM, lic. iur. Fürsprecherin

079 356 95 64

ombudsstelle-spitalwesen@hin.ch

*zu Bürozeiten (oder Rückruf innert 2
Arbeitstagen)*

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 Eigene Befragung

6.1.1 Angehörigenbefragung

Ziele

Angehörige können ihre Erfahrungen einbringen. Wir verstehen ihre Erwartungen und Bedürfnisse. Verbesserungspotenziale werden erkannt und Massnahmen können eingeleitet werden. Für die Befragung der Angehörigen wird per E-Mail ein Link zu einem strukturierten Onlinefragebogen versendet. Dieser umfasst Fragen zu folgenden Bereichen:

- *Räumlichkeiten*
- *Betreuung und Pflege*
- *Würde und Wertschätzung*
- *Information und Entscheidungsfindung*
- *Behandlungsteam*
- *Gesamteindruck*

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die nächste Angehörigenbefragung erfolgt im Jahr 2026.

stationäre spezialisierte Palliative Care

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	<i>gemäss Vorgaben SQS</i>
---	----------------------------

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 Mitarbeitendenbefragung

Die Mitarbeitenden sind eine zentrale Ressource des Unternehmens. Ihre Zufriedenheit beeinflusst Loyalität, Engagement, Leistung und Bindung an das Unternehmen. Um die gegenwärtige Zufriedenheit und die künftigen Erwartungen der Mitarbeitenden an Diaconis als Arbeitgeberin zu verstehen und zu erfüllen, erheben wir ihre Wahrnehmung in regelmässigen Abständen. Wir werten die Ergebnisse aus, leiten daraus Massnahmen ab und überprüfen deren Umsetzung und Wirkung.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Monat April durchgeführt.
Alle Bereiche des Unternehmens.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Für die Befragung der Mitarbeitenden wird ein personalisierter Link zu einem strukturierten Onlinefragebogen per E-Mail versendet. Der Fragebogen enthält 65 Beurteilungsfragen zu allen zufriedenheitsrelevanten Bereichen.

Messergebnisse

Ergebnisse der Mitarbeitendenbefragung

An der Befragung haben 130 Mitarbeitende teilgenommen. Die Teilnahme war anonym, die Auswertung und Ablage erfolgten datenschutzkonform. 96% der Mitarbeitenden würden Diaconis als Arbeitgeberin weiterempfehlen.

Stärken

Arbeitsinhalt (4.31/5): Die Mitarbeitenden erleben ihre Arbeit als sinnvoll und relevant. Dies bildet die Grundlage für Engagement und Motivation.

Teamzusammenhalt (4.05/5): Die Zusammenarbeit im Team funktioniert, die Mitarbeitenden können sich aufeinander verlassen.

Kundenorientierung (4.01/5): Die Mitarbeitenden stellen die Patientinnen und Patienten ins Zentrum, was dem Anspruch von Diaconis entspricht.

Führungsqualität (3.94/5): Die Vorgesetzten erteilen klare Aufträge, anerkennen Leistung und informieren ausreichend.

Entwicklungsfelder

Zwei Bereiche wurden bereits in den Vorjahren als Herausforderung identifiziert und bleiben im Fokus. Die Gesundheit, verstanden als Wohlbefinden, Arbeitsbelastung und Work-Life-Balance, erreicht in einzelnen Bereichen, insbesondere in der Pflege, noch nicht das angestrebte Niveau. Gleiches gilt für die Vergütung.

Bereits umgesetzte Massnahmen

Gesundheit: Der Anteil der Langzeitkranken hat sich in den vergangenen fünf Jahren halbiert. Dies ist das Resultat gezielter Präventionsmassnahmen und einer aktiven Unterstützungskultur. Im Jahr 2025 lag ein Schwerpunkt auf der Arbeitssicherheit und der Gesundheitsförderung. Vergütung: Seit fünf Jahren und so auch im Jahr 2026 werden die Löhne bei Diaconis jährlich und überdurchschnittlich erhöht. Damit wird das Engagement der Mitarbeitenden anerkannt.

Ausblick

Die detaillierten Ergebnisse mit allen Kategorien und Abteilungsauswertungen liegen vor. Die Geschäftsleitung definiert auf dieser Grundlage konkrete Massnahmen zur weiteren Verbesserung.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Vorgabe SQS

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 Unstrukturierte Erfassung der Feedbacks

Wir nehmen Feedbacks der Zuweiser sehr ernst und verbessern uns - wo möglich - mit deren Rückmeldungen.

Sämtliche Informationen werden anonymisiert gespeichert und zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Prozesse verwendet.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Verbesserungsmöglichkeiten, die sich durch Feedbacks der Zuweisenden ergeben, fokussieren auf prozessualen Anpassungen des Aufnahme- und Übertrittsprozesses.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

17 Projekte im Detail

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

17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

17.1.1 Patient-oriented Outcomes

Erfassung der Behandlungsqualität zu zwei definierten Qualitätsindikatoren als Grundlage für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

17.2.1 Interprofessionell zusammenarbeiten: vorausschauende Planung über die Berufsgruppen.

Der ärztliche Dienst wurde neu organisiert (insbesondere Wochenend- und Pikettdienst), das Ziel wurde erreicht (auch dank der zusätzlichen Ressourcen, die im Vorjahr freigegeben wurden).

17.2.2 Dokumentieren und kommunizieren: Verbesserung der Qualität des interprofessionellen Rapports und Neudefinition des Hauptfokus i

Die Verbesserung der Qualität des interprofessionellen Rapports und die Neudefinition des Hauptfokus in der elektronischen Patientendokumentation ist erfolgreich umgesetzt.

17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

17.3.1 Label "Qualität in Palliative Care"

Periodische Zwischenevaluationen, Zwischenaudits und Rezertifizierungsaudits gemäss dem Zertifizierungszyklus von qualitépalliative in Zusammenarbeit mit einem Zertifizierungsinstitut

2016 Erstzertifizierung (SanaCert)
2017 Zwischenevaluation
2018 Zwischenevaluation
2019 Rezertifizierungsaudit
2020 Zwischenevaluation
2021 Rezertifizierung (EdelCert)
2022 Zwischenevaluation
2023 Zwischenaudit
2025 Rezertifizierung (EdelCert)

18 Schlusswort und Ausblick

Langjährige Erfahrung, hohe Fachkompetenz und sehr positive Rückmeldungen verschiedener Anspruchsgruppen bestätigen den eingeschlagenen Weg. Diaconis Palliative Care wird deshalb auch künftig überdurchschnittlich in Qualität investieren, sowohl finanziell als auch personell.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Akutsomatik

Palliative Care umfasst die Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten.

Diaconis bietet spezialisierte Palliative Care an, ein Angebot für Patientinnen und Patienten in einer instabilen und komplexen Situation mit Bedarf nach Spitalbehandlung. Ein interprofessionelles Team aus Ärzteschaft, Pflegefachpersonen sowie Fachpersonen der Physiotherapie, Musiktherapie, Psychologie, Seelsorge und Sozialberatung setzt sich dafür ein, die Lebensqualität, Würde und Selbstbestimmung der Betroffenen durch eine individuelle Behandlung und Betreuung zu erhalten. Im Zentrum steht die bestmögliche Linderung von Symptomen auf physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene, für die Betroffenen ebenso wie für ihre Angehörigen. Das Behandlungsteam orientiert sich dabei konsequent an den Bedürfnissen, Problemen und Ressourcen der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen. Patientinnen und Patienten erfahren:

- einen aufmerksamen, respektvollen und wertschätzenden Umgang*
- eine individuelle, symptomlindernde Behandlung, Pflege und Begleitung*
- die Förderung ihrer Selbständigkeit und ihrer Mitwirkungsmöglichkeiten*
- Begleitung bei Entscheidungsfindungen*
- fachliche Unterstützung beim Aufbau eines Netzwerks für die weitere Behandlung und Betreuung*
- Begleitung und Anleitung der Angehörigen und Bezugspersonen während der Krankheit und in der Zeit der Trauer*

Diaconis Palliative Care betreibt 15 Spitalbetten. Alle krankenversicherten Patientinnen und Patienten werden ausschliesslich in Einzelzimmern behandelt.

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.