

# **Center da sandà Engiadina Bassa Scuol (CSEB)**

## **Bericht zum Überwachungsaudit 2025**

**vom 27. Oktober 2025**

**Auditor: Dr. med. Robert Rhiner, MPH**

**Bern, 12. November 2025**

**Auftrag AH 2025.13.02**

## Inhalt

|                                                                                        | Seite |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1 Einleitung                                                                           | 3     |
| 2 Auditteam                                                                            | 3     |
| 3 Auditziele                                                                           | 4     |
| 4 Normative Grundlage                                                                  | 5     |
| 5 Auditprogramm                                                                        | 6     |
| 6 Begehung                                                                             | 7     |
| 7 Ergebnisse des Audits                                                                | 7     |
| a) Interne Audits und Selbstbewertungsbericht                                          | 7     |
| b) Allgemeine Überprüfung                                                              | 8     |
| c) Konsequenzen aus den Auflagen und Empfehlungen<br>des Re-Zertifizierungsaudits 2023 | 9     |
| d) Auflagen und Empfehlungen<br>des Überwachungsaudits 2024                            | 10    |
| e) Ergebnisse der Gespräche zu ausgewählten Themen                                     | 11    |
| 8 Zusammenfassung: Antwort auf die Ausgangsfragen                                      | 17    |
| 9 Auflagen                                                                             | 18    |
| 10 Empfehlungen                                                                        | 18    |
| 11 Anträge                                                                             | 18    |

# 1 Einleitung

Am 27.10.2025 hat der Auditor im Auftrag der Stiftung SanaCERT Suisse die Arbeiten zur Fortführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems nach der dritten Re-Zertifizierung überprüft.

|                                         |                |
|-----------------------------------------|----------------|
| Erst-Zertifizierungs-Audit Ospidal      | 22./23.11.2006 |
| Erstes Re-Zertifizierungs-Audit Ospidal | 29./30.11.2011 |
| <b>CSEB im Netzwerk</b>                 |                |
| Erst-Zertifizierungsaudit               | 03./04.11.2014 |
| Erstes Re-Zertifizierungsaudit          | 08./09.05.2018 |
| Zweites Re-Zertifizierungsaudit         | 26./27.08.2020 |
| Drittes Re-Zertifizierungsaudit         | 09./10.11.2023 |

Das aktuell gültige Zertifikat trägt das Datum vom 17.01.2024 und ist bis zum 10.02.2027 gültig.

Diese Überprüfung vom 27.10.2025 ist im Einzelnen im Spezialreglement der Stiftung SanaCERT Suisse für das Überwachungsaudit vom 04.11.2005 (zuletzt geändert am 14.09.2021) geregelt und entspricht der Norm ISO/IEC 17021-1:2015.

Die Überprüfung umfasst die folgenden Etappen:

- In der Vorbereitungsphase analysierte und bewertete der Auditor die vom Unternehmen vor dem Audit eingereichten Selbstbewertungsberichte.
- Am Audit-Tag nahm der Auditor Einsicht in zusätzlich aufgelegte Unterlagen.
- Schliesslich führte der Auditor zu ausgewählten Standards Gespräche mit dem CEO, Mitgliedern der Geschäftsleitung, den Beauftragten für Qualität und Patientensicherheit und Mitgliedern der Standardgruppen des Unternehmens.

# 2 Auditteam

Auditor     Dr. med. Robert Rhiner, MPH, Küttigen, Leitender Auditor SanaCERT Suisse

### 3      **Auditziele**

Der Auditor hatte zu beurteilen, ob das am 17.01.2024 von der Stiftung SanaCERT Suisse zertifizierte Qualitätsmanagementsystem des CSEB weiter funktioniert und somit die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung bis zum 10.02.2027 gegeben sind.

Der Auditor hatte insbesondere zu ermitteln:

1.    Verfügt das Unternehmen weiterhin über ein wirkungsvolles Qualitätsmanagement, das in der operativen und strategischen Führung verankert ist?
2.    Sind die acht Empfehlungen aus dem Re-Zertifizierungsaudit thematisiert, gegebenenfalls befolgt worden?
3.    Haben sich seit dem letzten externen Audit im Jahr 2024 wesentliche Veränderungen bezüglich der Organisationsstruktur, des Auftrags oder der Tätigkeit des Unternehmens ergeben, die für das Qualitätsmanagement von Bedeutung sind?
4.    Wird das Zertifikat korrekt genutzt? Erfolgen Hinweise auf die Zertifizierung in korrekter Weise?

Der Auditor hat die Möglichkeit, Auflagen auszusprechen. Auflagen sind angezeigt, wenn in der Bewertung von Kapitel 7 *Ergebnisse der Bewertung*, a) *Interne Audits und Selbstbewertungsbericht* und b) *Allgemeine Überprüfung* eine Anforderung vom Auditor als *nichtzutreffend* bewertet wird.

Der Auditor hatte ferner die Möglichkeit, Empfehlungen zum weiteren Vorgehen bis zum Re-Zertifizierungsaudit im Jahr 2026 zu formulieren. Empfehlungen sollen vom Unternehmen später thematisiert und, falls für nützlich befunden, umgesetzt werden.

Der Auditor formuliert auch Anregungen, die der Qualitätsentwicklung dienen. Das Unternehmen soll die Anregungen zur Kenntnis nehmen, braucht diese aber nicht zu thematisieren oder umzusetzen.

## 4 Normative Grundlage

Das Unternehmen hat zu den nachfolgenden Standards einen Selbstbewertungsbericht eingereicht.

Qualitätsstandards für die Akutsomatik Version 24/2021  
Qualitätsstandards für die Langzeitpflege Version 8.1/2021

Grundstandard: Qualitätsmanagement /  
Standard 51: Qualitätsentwicklung  
Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene /  
Standard 61: Infektionsprävention und Hygiene  
Standard 7: Chirurgie  
Standard 11: Umgang mit kritischen Ereignissen /  
Standard 54: Kritische Ereignisse  
Standard 25: Palliative Betreuung  
Standard 66: Palliative Betreuung  
Standard 28: Dekubitusprävention und -behandlung  
Standard 32: Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz /  
Standard 65: Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz  
Standard 33: Feedbackmanagement  
Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner  
Standard 53: Pflege und Betreuung

## 5 Auditprogramm

**Montag, 27.10.2025**

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grundlage     | Selbstbewertungsbericht 24/2021 und 8.1/2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Ort           | Fortbildungsraum 2. Stock, Ospidal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 13:00 – 14:00 | Beginn des Audits. Einsichtnahme durch den Auditor in die aufgelegten Unterlagen und Dokumentationen ( <i>gemäss Liste Aufgelegte Unterlagen zur Einsicht am Überwachungsaudit</i> )                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 14:00 – 14:15 | <b>Eröffnungssitzung:</b> Zusammenkunft mit einer Vertretung der Unternehmensleitung und der Qualitätskommission, Begrüssung, Vorstellung, Ablauf des Audits<br><br><b>Teilnehmende des CSEB:</b> Joachim Koppenberg, Spitaldirektor; Rebekka Hansmann-Zehnder, Direktorin Chūra; Walter Klötzli, Direktor Dienste; Agnes Leu, Direktorin Clinica Curativa; Marianne Florinett, QB CSEB; Andrea Eberhöfer, QB CSEB                                               |
| 14:15 – 15:00 | Gespräch zum <b>Grundstandard Qualitätsmanagement</b><br><br><b>Teilnehmende des CSEB:</b> Joachim Koppenberg, Spitaldirektor; Rebekka Hansmann-Zehnder, Direktorin Chūra; Aldo Sala, Leiter RD und MTTB; Marianne Florinett, QB CSEB; Andrea Eberhöfer, QB CSEB<br><br>Ausgewählte Fragen zum Selbstbewertungsbericht                                                                                                                                           |
| 15:00 – 15:25 | <b>Gespräch zur Arbeit an den Standards</b><br><br><b>Standard: 11 / 54 Umgang mit kritischen Zwischenfällen</b><br><br><b>Teilnehmende des CSEB:</b> Marianne Florinett, QB CSEB; Andrea Eberhöfer QB CSEB, Katrin Gunsch, Pflegefachfrau Akut                                                                                                                                                                                                                  |
| 15:30 – 15:55 | <b>Standard: 32/65 Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz</b><br><br><b>Teilnehmende des CSEB:</b> Lukas Buchli, Pflegeexperte MAS Chūra; Petra Menghin, Bereichsleiterin Pflegegruppe CPO; Karin Primisser, Bereichsleiterin Spitex                                                                                                                                                                                                                   |
| 16:00 – 16:25 | <b>Standard: 53 Pflege und Betreuung</b><br><br><b>Teilnehmende des CSEB:</b> Uwe Höllrigl, Leiter Pflegeheim CPO; Anita Noggler, BESA-Verantwortliche und Bildungsverantwortliche Chūra; Karin Primisser, Bereichsleiterin Spitex                                                                                                                                                                                                                               |
| 16:30 – 17:15 | Bewertung ( <i>Auditor allein</i> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 17:15 – 17:45 | <b>Schlussgespräch:</b> Abschliessende Zusammenkunft mit der Geschäftsleitung und der Qualitätskommission zur Information über die Ergebnisse des Audits und die Bewertung durch den Auditor/die Auditorin<br><br><b>Teilnehmende des CSEB:</b> Joachim Koppenberg, Spitaldirektor; Rebekka Hansmann-Zehnder, Direktorin Chūra; Walter Klötzli, Direktor Dienste; Agnes Leu, Direktorin Clinica Curativa; Marianne Florinett, QB CSEB; Andrea Eberhöfer, QB CSEB |
| 17:45         | Ende des Audits                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Das Audit konnte plangemäss durchgeführt werden. Es kam zu keinen Abweichungen.

## 6 Begehung

Es fand keine Begehung statt.

## 7 Ergebnisse des Audits

### a) Interne Audits und Selbstbewertungsbericht

Grundlage: Selbstbewertungsbericht des CSEB vom 05.08.2025 zu den 10 Standards (Version 24/2021 Akutsomatik / Version 8.1/2021 Langzeitpflege).

| Überprüfungsfrage                                                                                                                                                                                                                                                 | Antwort   | Bemerkungen |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| 1. Ist der Selbstbewertungsbericht nicht älter als acht Monate (gerechnet vom Datum des Überwachungsaudits an)?                                                                                                                                                   | trifft zu |             |
| 2. Ist der Selbstbewertungsbericht von der obersten operativen Entscheidungsinstanz der zertifizierten Einrichtung genehmigt worden? Trägt der Selbstbewertungsbericht einen entsprechenden Vermerk? Trägt der Selbstbewertungsbericht ein Datum der Genehmigung? | trifft zu |             |
| 3. Hat die Selbstbewertung auf der Grundlage von Ergebnissen interner Audits stattgefunden?                                                                                                                                                                       | trifft zu |             |
| 4. Enthält der Selbstbewertungsbericht Angaben über die Art und Weise der Durchführung der internen Audits, das heisst, darüber, was durch wen, wann und mit welchen Methoden überprüft worden ist?                                                               | trifft zu |             |
| 5. Enthält der Selbstbewertungsbericht für jeden Standard einen kurzen Bericht über die Ergebnisse der durchgeführten Selbstbewertung?                                                                                                                            | trifft zu |             |
| 6. Enthält der Selbstbewertungsbericht Hinweise darauf, dass das Qualitätsmanagementsystem auf seine Zweckmässigkeit und Wirksamkeit überprüft worden ist?                                                                                                        | trifft zu |             |
| 7. Enthält der Selbstbewertungsbericht Hinweise darauf, dass die Erreichung von festgelegten Qualitätszielen beurteilt worden ist?                                                                                                                                | trifft zu |             |
| 8. Enthält der Selbstbewertungsbericht Hinweise darauf, dass Massnahmen zu Nichtkonformitäten (Empfehlungen, zwingende Auflagen) ergriffen worden sind, die während des vorhergehenden externen Audits festgestellt wurden?                                       | trifft zu |             |

## b) Allgemeine Überprüfung

| Überprüfungsfrage                                                                                                                                                                                                                                                               | Antwort                                                | Bemerkungen                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Beteiligung der obersten operativen Entscheidungsinstanz</b><br><br>1.1 Ist das Thema Qualitätsmanagement bzw. Risikomanagement in den vergangenen zwölf Monaten anlässlich von Sitzungen der obersten operativen Entscheidungsinstanz traktandiert und behandelt worden? | trifft zu                                              | Qualität ist ein Standardtraktandum in der Geschäftsleitung. Zudem ist die Geschäftsleitung vollzählig in der Qualitätskommission vertreten, welche mindestens 2x jährlich tagt.                                            |
| <b>2. Rückmeldungen (Beschwerden)</b><br><br>2.1 Sind Rückmeldungen (Beschwerden) aus den vergangenen zwölf Monaten dokumentiert?                                                                                                                                               | trifft zu                                              | Es wurden am Audittag 5 Beschwerden mit ihrem Bearbeitungsprozess eingesehen.                                                                                                                                               |
| <b>3. Liste der Erfüllung gesetzlicher Anforderungen</b><br><br>3.1 Ist eine aktuelle Liste verfügbar?                                                                                                                                                                          | trifft zu                                              | Auflage am Audittag vor Ort. Die Liste ist aktuell.                                                                                                                                                                         |
| <b>4. Organigramm</b><br><br>4.1 Liegt ein aktuelles Organigramm der zertifizierten Einrichtung vor?                                                                                                                                                                            | trifft zu                                              | Datiert vom 1. März 2025                                                                                                                                                                                                    |
| <b>5. Funktionsbeschreibungen</b><br><br>5.1 Sind für alle mit der Leitung und Koordination des Qualitätsmanagementsystems beauftragten Personen aktuelle Funktionsbeschreibungen verfügbar?<br><br>5.2 Sind in den Funktionsbeschreibungen die Stellvertretungen geregelt?     | trifft zu<br><br><br><br><br><br><br><br><br>trifft zu | Die Stellenbeschreibung «Verantwortliche/r Qualitätsmanagement und Patientensicherheit (10003)» beschreibt die Stelle der Qualitätsbeauftragten des CSEB gemäss «Konzept Qualität und Patientensicherheit CSEB», Ziffer 3.1 |

## c) Konsequenzen aus den Auflagen und Empfehlungen des Re-Zertifizierungsaudits 2023

### Auflagen

Es wurde keine Auflage ausgesprochen.

### Empfehlungen

| Nr.  | Standard  | Feststellung des Auditteams aus dem Re-Zertifizierungsaudit vom 09./10.11.2023                                                                                                                   | Empfehlung                                                                                  | Status/Bemerkungen                                                                  |
|------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| I.   | <b>0</b>  | Ad 8.2<br>Ein eigentliches Konzept dazu ist nicht vorhanden. Die Mitarbeitenden sind aber gut über die Anstrengung zur Qualitätsentwicklung informiert (z.B. Mitarbeiter App <i>Beekeeper</i> ). | Erstellen eines pragmatisch kurzen Konzeptes dazu.                                          | Umgesetzt                                                                           |
| II.  | <b>7</b>  | Ad 6.1<br>Neu werden ab 1.1.2024 die Daten in die Datenbank AQC eingegeben.                                                                                                                      | Die Eingaben in die Datenbank mit einem Prozess dazu hinterlegen und ab 1.1.24 durchführen. | Umgesetzt                                                                           |
| III. | <b>7</b>  | Ad 6.2<br>Mit der Bearbeitung der Daten aus der Datenbank AQC kann dieses Kriterium danach erfüllt werden.                                                                                       | Dem obengenannten Prozess ein PDCA-Kreislauf anhängen.                                      | In Umsetzung                                                                        |
| IV.  | <b>11</b> | Ad 3.4<br>Das Auditteam konnte kein Dokument zur Überprüfung des Wissensstands der Mitarbeitenden einsehen.                                                                                      | Den Wissensstand der Mitarbeitenden wie geplant periodisch überprüfen und dokumentieren.    | Umgesetzt.<br>Das CSEB hat unter den Mitarbeitenden 2025 eine Umfrage durchgeführt. |
| V.   | <b>54</b> | Ad 3.4<br>Das Auditteam konnte kein Dokument zur Überprüfung des Wissensstands der Mitarbeitenden einsehen.                                                                                      | Den Wissensstand der Mitarbeitenden wie geplant periodisch überprüfen und dokumentieren.    | Umgesetzt.<br>Das CSEB hat unter den Mitarbeitenden 2025 eine Umfrage durchgeführt. |
| VI.  | <b>32</b> | Ad 1.4<br>Die Überprüfung dazu konnte noch nicht durchgeführt werden.                                                                                                                            | PDCA-Kreislauf vollenden.                                                                   | Umgesetzt, resp. in permanenter Umsetzung                                           |
| VII. | <b>65</b> | Ad 1.4<br>Die Überprüfung dazu konnte noch nicht durchgeführt werden.                                                                                                                            | PDCA-Kreislauf vollenden.                                                                   | Umgesetzt, resp. in permanenter Umsetzung                                           |

|       |           |                                                                                                  |                            |                                           |
|-------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|
| VIII. | <b>33</b> | Ad 1.4<br>Das Konzept konnte im Sinne des PDCA-Kreislaufes zeitlich noch nicht überprüft werden. | PDCA-Kreislauf schliessen. | Umgesetzt, resp. in permanenter Umsetzung |
|-------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|

## **d) Auflagen und Empfehlungen des Überwachungsaudits 2024**

### **Auflagen**

Es wurde keine Auflage ausgesprochen.

### **Empfehlungen**

Es wurde keine Empfehlung ausgesprochen.

## **e) Ergebnisse der Gespräche zu ausgewählten Themen**

### **Allgemeine Bemerkungen**

Das Center da sandà Engiadina Bassa Scuol (CSEB) wirkt trotz mehrerer und fachlich unterschiedlich ausgerichteter Teilbetriebe organisatorisch kompakt und gut strukturiert. Die Grösse des CSEB bedingt eine Polyvalenz der Mitglieder der Geschäftsleitung und der Bereichsleitenden, welche alle in der Organisation mehrere Führungsaufgaben wahrnehmen. Dies ergibt Nähe zur Basis und ermöglicht es den Führungspersonen, zeitnah und umfassend über alle Betriebsvorgänge informiert zu sein.

Qualitätsarbeit ist im CSEB fest verankert. Qualitätsthemen sind ein Standardtraktandum in den Geschäftsleitungssitzungen. Zudem sind alle Geschäftsleitungsmitglieder Teil der Qualitätskommission und damit mit der operativen Qualitätsarbeit vertraut.

Die Grösse des CSEB bedingt eine intensive Zusammenarbeit der Teilbetriebe in den übergreifenden Themen. Die Führung des CSEB ist deshalb bestrebt, Mitarbeitende aus allen Bereichen zusammenzubringen und das gegenseitige Verständnis für die Arbeit zu fördern. Dies gelingt beispielsweise durch die Besetzung der Teams für die internen Audits, indem Mitarbeitende aus der Chüra ein Team im Ospidal auditieren und umgekehrt. So entsteht ein tiefer Einblick in die Arbeit des jeweils anderen Bereichs und ein intensiver Austausch, was das gegenseitige Verständnis und die Zusammenarbeit fördert.

Die Arbeiten an den Qualitätsstandards laufen permanent und sind durch die Besetzung der Standardkommissionen durch Mitarbeitende aus allen Bereichen breit abgestützt.

Der Fachkräftemangel ist auch im CSEB ein Thema, jedoch besteht offenbar eine stabile emotionale Mitarbeiterbindung, denn die Fluktuation liegt unter 10%.

Die Dokumentenlenkung ist vorbildlich und auf fast allen eingesehenen Dokumenten erkennbar. Dies erleichtert es, sich in der Struktur der Dokumente zurechtzufinden.

Das CSEB hat ein grosses und vielseitiges Fortbildungsprogramm, das sehr informativ dargestellt wird und Lust macht auf eine Teilnahme an den Veranstaltungen.

Erkannte Probleme werden umgehend an die Hand genommen und einer Lösung zugeführt.

Die Projektorganisation wirkt generell gut strukturiert und zielführend sowie ressourcenoptimiert gestaltet. Es wird auf Transparenz geachtet.

Alle Gespräche fanden in einer offenen und respektvollen Atmosphäre statt.

### **Grundstandard Qualitätsmanagement / Standard 51: Qualitätsentwicklung**

**Teilnehmende des CSEB:** Joachim Koppenberg, Spitaldirektor; Rebekka Hansmann-Zehnder, Direktorin Chüra; Aldo Sala, Leiter RD und MTTB; Marianne Florinett, QB CSEB; Andrea Eberhöfer, QB CSEB

Interne Audits werden gemäss dem Auditkonzept CSEB standardisiert durchgeführt. Die Auswahl als intern Auditierende setzt eine Anstellung am CSEB und eine jährliche Schulung durch die Qualitätsbeauftragten voraus. Alle Qualitätsstandards werden mindestens einmal pro Jahr in mindestens einem Betrieb mittels internen Audits geprüft.

Die Mitarbeitenden werden direkt mittels «Direktionsinformationen» über Resultate von Q-Messungen informiert, aber auch über Beekeeper und direkt durch Vorgesetzte. Zusätzlich erscheint zweimal jährlich ein CIRS-Newsletter. Informationsveranstaltungen für alle Mitarbeitenden an einem Ort werden aus Gründen der Distanzen zu den einzelnen Betrieben und dem mit der Anreise verbundenen zeitlichen Aufwand nicht durchgeführt.

Beschwerden werden systematisch erfasst, bearbeitet und beantwortet. Am Audittag konnten 5 konkrete Beschwerden eingesehen werden. Die Dokumentation ist übersichtlich. Sie enthält die Beurteilung der Sachlage und den ganzen Prozess der Bearbeitung bis zur Rückmeldung an den Beschwerdeführer in einem Tool. Die Reaktionszeiten sind kurz.

Auf Grund der geografischen Lage gibt es keinen strukturierten Austausch oder eine Zusammenarbeit mit Qualitäts-Verantwortlichen mit benachbarten und/oder partnerschaftlich verbundenen anderen Spitälern ausserhalb des CSEB. Ein situativer Austausch zu besonderen Themen ist jedoch immer möglich, vor allem über persönliche Beziehungen mit Berufskolleginnen.

Es existiert ein Dashboard mit allen Qualitätsindikatoren und der zeitlichen Planung der Messungen. Aktuell wird das Dashboard überarbeitet und dann unter anderem mit einer Übersicht über die wichtigsten Kennzahlen erweitert werden.

Der PDCA-Zyklus hat eine zentrale Bedeutung, indem alle Schritte der Qualitätsarbeit diesem Ablauf folgen. Messungen werden so geplant, dass daraus Massnahmen für eine Anpassung eines Prozesses abgeleitet werden können.

Die Erhebung von PREM und PROM ist in Planung. Die PREM werden im Rahmen des neuen ANQ-Fragebogens für die Akutsomatik abgedeckt, der Ende 2025 zur Anwendung kommt und es wird auf eine spezifische PRE-Messung verzichtet. Bei den PROM fehlen die ausgereiften Erfassungsinstrumente noch. Das CSEB prüft jedoch die Teilnahme an der Pilotmessung für die Hüft- und Knieprothetik.

Die Stellenbeschreibung «Verantwortliche/r Qualitätsmanagement und Patientensicherheit (10003)» umfasst die Stelle der Qualitätsbeauftragten des CSEB gemäss «Konzept Qualität und Patientensicherheit CSEB». Die beiden Bezeichnungen könnten darauf schliessen lassen, dass es sich hier um zwei unterschiedliche Funktionen handelt. Die beiden Bezeichnungen betreffen jedoch dieselbe Funktion und der Begriff «Verantwortliche/r ...» wird ausserhalb der Stellenbeschreibung nicht verwendet.

Die Standardelemente sind umfassend in Bearbeitung.

Es wurden in diesem Gespräch einzelne Themen der am Überwachungsaudit 2025 nicht explizit besprochenen Standards gestreift.

Beim **Standard 1/61** (Infektionsprävention und Spital-Hygiene) wurden die Defizite bei der Händehygiene in der Ärzteschaft angesprochen und die Massnahmen zur Verbesserung aufgezeigt. Generell ist die Schulungskadenz hier hoch und der Erfolg wird immer wieder mit der UV-Fluoreszenz geprüft.

Beim **Standard 7** (Chirurgie) wurden die Verbesserungsmassnahmen bezüglich postoperativer Dokumentation der Verordnungen in der «Checkliste Sichere Chirurgie» und deren Kommunikation an die nachbehandelnden Stellen erklärt. Gleichzeitig besteht die Absicht, diese Checkliste auch bei Interventionen ausserhalb der Operationsabteilung wie beispielsweise Bronchoskopien einzuführen.

Schliesslich wird unter Bezug auf den **Standard 52** (Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner) erwähnt, dass das Gewaltkonzept des CSEB in Anlehnung an den Graubündner Standard aktuell überarbeitet wird.

### **Anregung**

- Es wird angeregt, eine einheitliche Stellenbezeichnung für die Qualitätsbeauftragten zu verwenden und diese entsprechend in der Stellenbeschreibung anzupassen.

## **Standard 11: Umgang mit kritischen Ereignissen/ Standard 54: Kritische Ereignisse**

**Teilnehmende des CSEB:** Marianne Florinett, QB CSEB; Andrea Eberhöfer QB CSEB, Katrin Gunsch, Pflegefachfrau Akut

Im laufenden Jahr wurde kein internes Audit gemacht, jedoch eine Umfrage bei den Mitarbeitenden durchgeführt. Diese ergab eine gute Kenntnis der Nutzerinnen und Nutzer des CIRS im CSEB. Allgemein wird die Anwendung verstanden und die Qualität der Meldungen ist gut. Die Anzahl pro Jahr ist unterschiedlich, liegt aber jedes Jahr über 50 Meldungen.

Der Zugang der Mitarbeitenden zum Meldeportal sowie zu den Reaktionen und Massnahmen ist über das CIRS-Portal einfach gewährleistet und wird entsprechend genutzt.

Die Reaktionszeit ist auf 72 Stunden festgelegt. Meldungen werden von der ersichtenden Person mit einer Risikoprioritätszahl (RPZ) 1-3 kategorisiert. Bei einer RPZ von 3 wird immer eine Massnahme formuliert und umgesetzt. Meldungen mit einer RPZ 3 kommen pro Bereich und Jahr 1-2x vor.

Mitarbeitende melden im elektronischen Meldesystem in der Regel anonym. Sie erhalten automatisch eine vom System generierte PIN-Nummer, mit welcher sie sich jederzeit anonym anmelden und den Bearbeitungsstand ihrer Meldung einsehen können. Der Umgang mit kritischen Ereignissen wird als generell offen geschildert, indem abgesetzte Meldungen in den Teams diskutiert werden.

Zweimal jährlich erscheint ein CIRS-Newsletter, der über die Anzahl der Meldungen und die Meldekategorien mittels Text und grafischer Darstellung Auskunft gibt. Der Newsletter stellt zudem Fälle mit besonderem Lerninhalt informativ aufbereitet dar.

Das System ist im CSEB gut bekannt und wird mit wenigen Ausnahmen seinem Bestimmungszweck entsprechend verwendet. Meldungen, die keinem kritischen Ereignis im Sinne des CIRS entsprechen, werden aussortiert. Absender solcher Meldungen werden direkt kontaktiert, wenn sie nicht anonym gemeldet haben, und auf den korrekten Gebrauch des CIRS hingewiesen. In allen anderen Fällen werden nach Bedarf Informationen zum korrekten Gebrauch des CIRS publiziert.

Soweit feststellbar beteiligen sich alle Berufsgruppen am CIRS-Meldesystem. Das CSEB nimmt am CIRNET teil, dem System von «patientensicherheit schweiz». Das CSEB steuert nur wenige Fälle selbst bei und beteiligt sich damit trotzdem an einem schweizweiten System zur übergreifenden Erhebung von Patientenrisiken. Ausgewählte Fälle aus dem CIRNET werden im CSEB diskutiert und zur Verbesserung genutzt.

Das CIRS-Konzept wurde revidiert und in seiner aktuellen Fassung im Frühjahr 2025 in Kraft gesetzt.

Der Auditor formuliert keine Auflage, Empfehlung oder Anregung.

## **Standard 32: Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz/ Standard 65: Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz**

**Teilnehmende des CSEB:** Lukas Buchli, Pflegeexperte MAS Chüra; Petra Menghin, Bereichsleiterin Pflegegruppe CPO; Karin Primisser, Bereichsleiterin Spitex

Das aktuelle Konzept datiert vom Oktober 2024. Der Wissensstand der Mitarbeitenden wird mittels digitalem Test gemessen.

Im CSEB sind Minimental- und Uhrentest als Standardtests eingeführt. Die Pflege erhebt bei Eintritt mit diesen beiden Instrumenten in der Chüra (Langzeitpflege) und der Spitex den Status der Patientinnen und Patienten. Die Ergebnisse werden dann den Hausärzten der Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt, welche über die weitere Verwendung entscheiden müssen.

Vorsorgeaufträge und Patientenverfügungen werden elektronisch abgelegt. Die bei medizinischen Notfällen für das Verhalten wichtigen Informationen, wie beispielsweise der Reanimationsstatus, sind auf der Einstiegsseite ins Patienteninformationssystem auf den ersten Blick ersichtlich.

Angehörige erhalten das Leitbild des CSEB und werden umfassend in die Betreuung eingebunden. Sie werden ihren Wünschen und Fähigkeiten entsprechend eingesetzt und beteiligen sich an den Entscheidungsprozessen zum weiteren Vorgehen. Dies vor allem dann, wenn keine Patientenverfügung vorliegt und es darum geht, den wahrscheinlichen Willen der betroffenen Person einzuschätzen.

Es besteht eine institutionalisierte und gute Zusammenarbeit mit den Psychiatrischen Diensten Graubünden (PDGR), welche die Beurteilung und Behandlung von Patientinnen und Patienten übernehmen. Die Spitex hat sogar die Möglichkeit, Fälle direkt in der PDGR anzumelden, wobei es der betroffenen Person natürlich immer offensteht, sich dafür oder dagegen zu entscheiden.

Das CSEB hat als spezielle Dienstleistung eine interne Beratungsstelle eingerichtet, welche den Betroffenen und deren Angehörigen zur Verfügung steht und zugleich das Case Management übernimmt, wenn bei einer Patientin oder einem Patienten / einer Bewohnerin oder einem Bewohner / einer Kundin oder einem Kunden die Überführung in ein anderes Betreuungssetting zur Diskussion steht.

Neu auf der Themenliste sind die Beschäftigungsboxen für Patientinnen und Patienten mit Demenz. Deren Gestaltung ist recht aufwändig und ist noch in Diskussion.

Das CSEB bietet Mitarbeitenden in belastenden Pflegesituationen gezielte Begleitungen durch den Pflegeexperten an. Dies stellt eine aufwändige Leistung dar, nützen aber der Qualität der Pflegeleistungen und besonders den Mitarbeitenden, die davon profitieren können.

Ein permanentes Thema ist die Zusammenarbeit mit den Hausärzten in der Chüra. Die Bewohnenden der CPO, der PGS und der PGZ werden von ihren bisherigen Hausärztinnen und -ärzten betreut, wenn sie stationär in die Langzeitpflege eintreten. Dabei gibt es

Unterschiede in der Anzahl der pro Hausarzt betreuten Fälle. Im Überblick funktioniert dieses System gut, manchmal ist es aber recht aufwändig, weil die Reaktionszeiten auf Anfragen unterschiedlich sind und für die Pflegenden mehrere pro Hausarzt individuelle Betreuungssysteme gepflegt werden müssen. Die ärztliche Betreuung der Bewohnenden der CHL wird durch die Spitalärzte gewährleistet.

### **Anregung**

- Die bereits laufenden Bemühungen zur Verbesserung und Vereinheitlichung der Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten auf verschiedenen Ebenen für das ganze CSEB intensivieren und im Bereich der Chüra ein Heimarztsystem mit Betreuung durch die internen Ärztinnen und Ärzte des CSEB evaluieren.

### **Standard 53: Pflege und Betreuung**

**Teilnehmende des CSEB:** Uwe Höllrigl, Leiter Pflegeheim CPO; Anita Noggler, BEA- und Bildungsverantwortliche Chüra; Karin Primisser, Bereichsleiterin Spitex

Besonders sticht die Vereinheitlichung des Dokumentationssystems für alle stationären Abteilungen heraus. Neu ist für alle Abteilungen das System LOBOS im Einsatz. Es wurde dafür eigens ein Entwicklungsteam mit allen beteiligten Nutzenden gebildet, das mit reduziertem Aufwand heute noch für die Evaluation von Anpassungsideen und deren Umsetzung arbeitet.

Die ursprüngliche Idee, das Dokumentationssystem über das ganze CSEB zu vereinheitlichen musste auf Grund der zu unterschiedlichen Anforderungen in der Akut- und Langzeitmedizin pausiert werden, da eine einheitliche geplante KIS-Lösung erst ab frühestens 2030 zu Verfügung stehen wird. Die einheitliche Dokumentierung in der Langzeitpflege ist aber auch so ein grosser Fortschritt.

Patientinnen und Patienten werden bei Eintritt über ihre Rechte und Pflichten informiert. Persönliche Wünsche (Essen, Körperpflege, Schlafenszeiten, etc.) werden bei Eintritt aufgenommen. Diese Wünsche werden erfüllt, wenn immer es möglich ist. In jährlichen Standortgesprächen wird die Aktualität jeweils überprüft und es werden gegebenenfalls Anpassungen vorgenommen. Auf die Verweigerung von pflegerischen Massnahmen wird individuell reagiert. Grundsätzlich steht die Autonomie der betroffenen Person an oberster Stelle.

In der Langzeitpflege gibt es aktuell viel Innovation. Aktuell steht das Pilotprojekt der Biographiearbeit im Fokus. Ziel ist es, die Biografien der Kundinnen und Kunden der Spitex systematisch aufzunehmen, um sie als Individuen besser kennenlernen und ihre Ressourcen nutzen zu können. Die Reaktionen der Patientinnen und Patienten sind sehr unterschiedlich und die Projektgruppe ist gespannt auf die Auswertungen.

Die elektronisch erfassten Vorsorgeaufträge und Patientenverfügungen werden jährlich im Rahmen des Standortgesprächs revidiert.

Die Bedürfnisse sterbender Menschen sind ebenfalls ein Fokus in der Langzeitpflege. Sie werden im Rahmen des Standards Palliative Betreuung berücksichtigt und wenn immer möglich erfüllt.

In der stationären Langzeitpflege ist nun ebenfalls durchgängig der eMediplan im Einsatz. Dies erleichtert die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen und im Zusammenhang mit Verlegungen auch mit dem Spital. Die Apotheke in Scuol und wenige Hausärzte

verwenden den eMediplan inzwischen ebenfalls, was die Zusammenarbeit vereinfacht und die Schnittstellen optimiert. Verordnungen werden mit dem Ziel der Reduktion von Medikationsfehlern von der Pflege grundsätzlich nur schriftlich akzeptiert.

Die Medikamentendosierer wurden vom 14 Tage- auf ein 8 Tage-System (7 Tage und 1 Reservetag) umgestellt. Der Grund war die fehlende Möglichkeit, die ausserhalb der üblichen Zeiten einzunehmenden Medikamente im Dosierer bereitzustellen. Dies hat zu Fehlern bei der Medikamentenabgabe geführt und wurde durch Meldungen im CIRS erkannt. Mit dem neuen Dosierer ist dieses Problem behoben.

### **Anregung**

- Die Anregung aus Standard 32/65 kann mit dem Anliegen ergänzt werden, allen Hausärztinnen und -ärzten in der Langzeitpflege die Einführung des eMediplan nahe-zulegen, um die Schnittstelle zu vereinfachen und den Informationsaustausch bezüglich der Medikationen im Sinne der Patientinnen und Patienten zu optimieren.

## 8 Zusammenfassung: Antwort auf die Ausgangsfragen

| <b>Fragen</b>                                                                                                                                                                                                                | <b>Antwort</b> | <b>Bemerkungen</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|
| 1. <i>Verfügt das Unternehmen weiterhin über ein wirkungsvolles Qualitätsmanagement, das in der operativen (und strategischen) Führung verankert ist?</i>                                                                    | Ja             |                    |
| 2. <i>Sind die acht Empfehlungen aus dem Re-Zertifizierungsaudit 2023 thematisiert, gegebenenfalls befolgt worden?</i>                                                                                                       | Ja             |                    |
| 3. <i>Haben sich seit dem Audit im Jahr 2024 wesentliche Veränderungen bezüglich der Organisationsstruktur, des Auftrags oder der Tätigkeit der Einrichtung ergeben, die für das Qualitätsmanagement von Bedeutung sind?</i> | Nein           |                    |
| 4. <i>Wird das Zertifikat korrekt genutzt? Erfolgen Hinweise auf die Zertifizierung in korrekter Weise?</i>                                                                                                                  | Ja             |                    |

## **9      Auflagen**

Es wird keine Auflage formuliert.

## **10     Empfehlungen**

Es wird keine Empfehlung formuliert.

## **11     Anträge**

Gestützt auf die Ergebnisse des Überwachungsaudits vom 27.10.2025 stellt der Auditor der Zertifizierungskommission folgende Anträge:

- 1) Die Zertifizierung des CSEB ist bis zum 10.02.2027 aufrecht zu erhalten.
- 2) Im Jahr 2026 ist ein Re-Zertifizierungsaudit fällig.

Der Entscheid der Zertifizierungskommission basiert auf dem vorliegenden Bericht.