

Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

22.04.2025
Joachim Koppenberg, Vorsitzender der Geschäftsleitung /
Spitaldirektor

Version 1



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 2024.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen sind im Inhaltsverzeichnis alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2024

Frau
Marianne Florinett
Qualitätsbeauftragte CSEB
081 861 10 64
marianne.florinett@cseb.ch

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

Die H+ Qualitatsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten, die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform spitalinfo.ch dargestellt werden können. Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei.

Die Herausforderungen bleiben weiterhin vielfältig für die Spitäler und Kliniken. Sie müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

Der Personalmangel und nicht-kostendeckende Tarife waren für H+ und die Spitäler weiterhin ein grosses Thema. Anfang November 2024 wurde das ambulante Gesamt-Tarifsystem dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Viele Spitäler und Kliniken haben das Projekt bereits gestartet und erste Schritte erledigt.

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den Qualitatsvertrag (QV58a) zwischen curafutura, santésuisse und H+ genehmigt (vgl. [Medienmitteilung des Bundesrates](#)) und diesen per sofort in Kraft gesetzt. Der QV58a legt klare Regeln für eine verbindliche und transparente Qualitätsentwicklung fest; er gilt gesamtschweizerisch für alle Spitäler und Kliniken.

H+ hat einen analogen Qualitatsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitatsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – [Qualität – Qualitatsvertrag](#). Als Publikationsort wurde die Plattform spitalinfo.ch bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdeklaration vorgenommen. Ab der Vorlage 2025 werden dann diese Angaben zur Qualitätsentwicklung automatisch in den H+ Qualitätsbericht integriert.

Der Qualitätsbericht 2024 ist wiederum aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Im aktuellen Qualitätsbericht können zudem erstmalig die IQM Peer Review Verfahren aufgeführt werden.

Die bisherige Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wird künftig abgelöst. Auf Initiative der Spitäler und Kliniken, ist der ANQ daran andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen und weiterzuentwickeln. Das Ziel ist, künftig klinische Routinedaten und somit Daten aus den elektronischen Patientendokumentationen nutzbar zu machen, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen.

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.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt. Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt diesen Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	17
4.5 Registerübersicht	18
4.6 Zertifizierungsübersicht	19
QUALITÄTSMESSUNGEN	20
Zufriedenheitsbefragungen	21
5 Patientenzufriedenheit	21
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Rehabilitation – Erwachsene	21
5.2 Eigene Befragung	22
5.2.1 Feedback Patienten	22
5.2.2 Befragung stationäre Patienten	22
5.3 Beschwerdemanagement	23
6 Angehörigenzufriedenheit	24
6.1 Eigene Befragung	24
6.1.1 Meinungsumfrage	24
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	25
7.1 Eigene Befragung	25
7.1.1 Mitarbeitergespräch	25
7.1.2 Austrittsgespräch	25
7.1.3 Fluktuationsrate	26
7.1.4 Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung	26
8 Zuweiserzufriedenheit	27
8.1 Eigene Befragung	27
8.1.1 Zuweiser Zufriedenheit Akut 2017	27
8.1.2 Zuweiserbefragung Clinica Curativa	27
Behandlungsqualität	28
Messungen in der Akutsomatik	28
9 Wiedereintritte	28
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	28
10 Operationen	29
10.1 Hüft- und Knieprothetik	29
11 Infektionen	30
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	30
12 Stürze	33
12.1 Eigene Messung	33
12.1.1 Erhebung Sturz	33
13 Dekubitus	34

13.1	Eigene Messungen	34
13.1.1	Dekubitus Inzidenz	34
Messungen in der Psychiatrie		0
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
15	Symptombelastung psychischer Störungen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
Messungen in der Rehabilitation		35
16	Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	35
16.1	Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation	35
Weitere Qualitätsaktivitäten		37
17	Weitere Qualitätsmessungen	37
17.1	Weitere eigene Messungen	37
17.1.1	Dekubitus Inzidenz (Akutsomatik).....	37
17.1.2	Sturz Inzidenz (Akutsomatik)	38
17.1.3	Schmerz (Akutsomatik).....	39
18	Projekte im Detail	40
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	40
18.1.1	Einführung eines standardisierten Auditmanagement	40
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024	40
18.2.1	Einführung Patientenarmband	40
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	40
18.3.1	Überwachungsaudit sanaCERT	40
19	Schlusswort und Ausblick	41
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		42
Akutsomatik		42
Rehabilitation.....		43
Herausgeber		46

1 Einleitung

Unser gemeinsamer Weg

Im Unterengadin gehen wichtige regionale Anbieter in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Pflege, Betagtenbetreuung und Wellness unter dem Dach des "Center da sandà Engiadina Bassa" (Gesundheitszentrum Unterengadin) einen gemeinsamen Weg. So können die Angebote des Regionalspitals, der Spitex, der Pflegegruppen/Pflegeheime sowie des Engadin Bad Scuol ideal aufeinander abgestimmt werden – zum Wohl der einheimischen Bevölkerung, der Patientinnen und Patienten, der Klienten und der Gäste. Das Ospidal in Scuol bietet hoch stehende Medizin mit modernster Infrastruktur an – ein Akutspital mit den Bereichen Chirurgie / Orthopädie, Innere Medizin / Kardiologie, Geburtshilfe / Gynäkologie sowie Anästhesiologie / Schmerztherapie, Gastroenterologie und Rettungsmedizin. Als schweizerische Neuheit wird die Schulmedizin mit einem komplementär- und palliativmedizinischen Angebot ergänzt: Eine umfassende Betreuungs- und Behandlungsphilosophie, welche den Menschen in seiner Gesamtheit erfasst und daher als "Ganzheitliche Medizin" bezeichnet wird. Wichtige Aufgaben in der regionalen Betagtenbetreuung erfüllen das dem Ospidal angegliederte Pflegeheim, das Pflegeheim Chasa Puntota und die Pflegegruppen. Das Engadin Bad Scuol verfügt dank dem mineralienreichen Wasser über ein breites Bäder-, Wellness- und Therapieangebot, darunter eine grosszügige Bäder- und Saunalandschaft mit dem ersten Römisch-Irischen Bad der Schweiz. Die Spitex-Dienste bieten eine lückenlose ambulante Betreuung und Pflege an und tragen damit massgebend zur Erhaltung einer hohen Lebensqualität ihrer Klienten bei. Ein gemeinsamer Weg – ein innovatives, benutzerfreundliches Organisationsmodell, das, eingebettet in die einzigartige Kulturlandschaft der Nationalparkregion, eine eigentliche Gesundheits- und Wellnessoase in den Alpen darstellt.

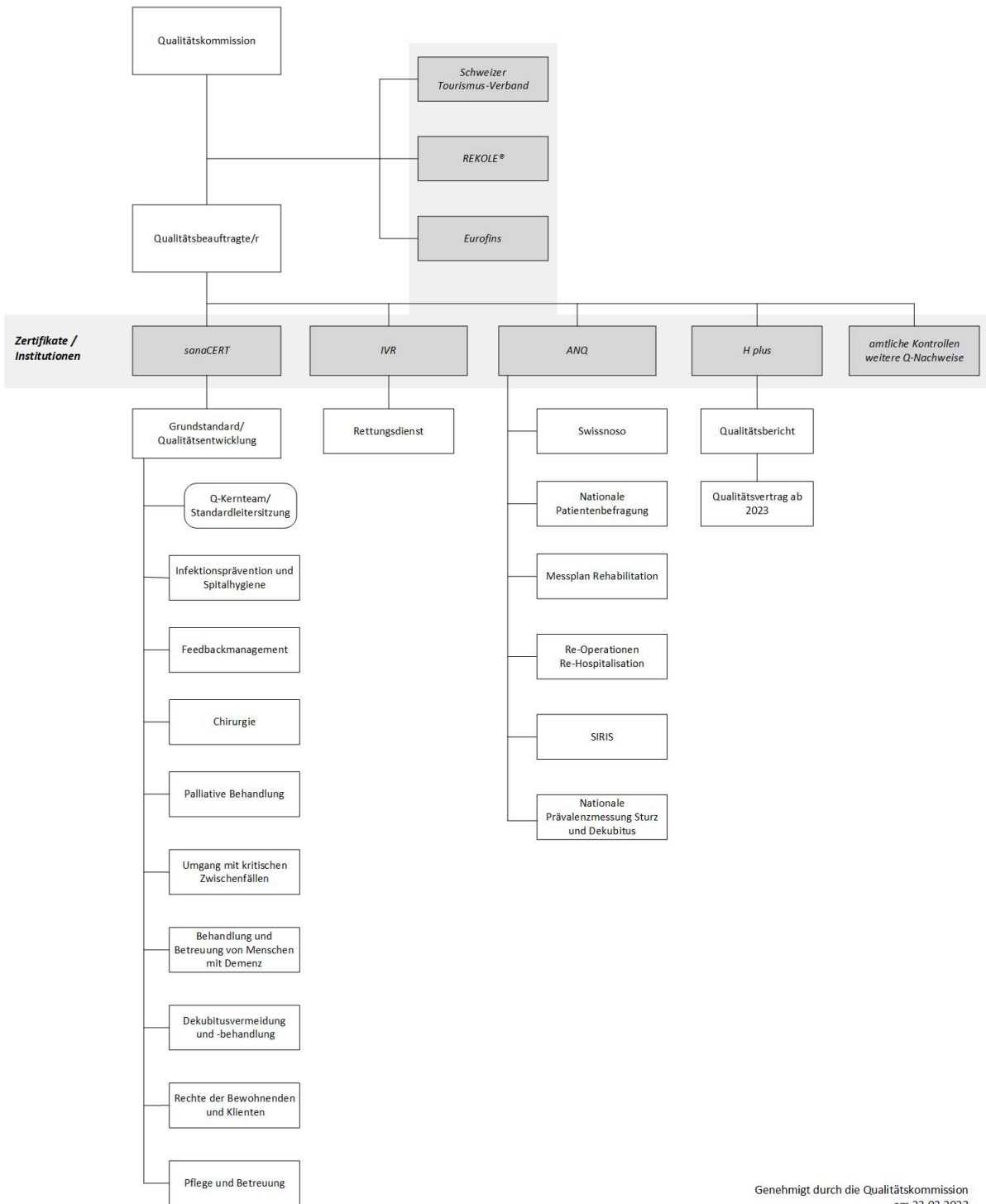
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm

Stabsdienste: Qualitätsmanagement und Patientensicherheit



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **60** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Marianne Florinett
Beauftragte Qualität und Patientensicherheit
+41 (0)81 861 1064
Marianne.Florinett@cseb.ch

Dr. med. Joachim Koppenberg
Spitaldirektor
+41 (0)81 861 1007
Joachim.Koppenberg@cseb.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätsstrategie

Das CSEB nimmt seine Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung wahr. Die oberste operative Führungsebene hat eine Qualitätsstrategie festgelegt und setzt Qualitätsziele, bestimmt Prioritäten und überwacht die Qualitätsentwicklung in allen Bereichen des CSEB. Die Qualitätsstrategie wird regelmässig überprüft, die Erreichung der Ziele werden gemessen und notwendige Anpassungen eingeleitet. Der PDCA-Zyklus wird auf allen Stufen gelebt und umgesetzt.

- Das CSEB hat Richtlinien zum Qualitätsmanagement dokumentiert. Sie bilden die Basis für das Qualitätsmanagement. Die Beauftragten für Qualität- und Patientensicherheit fördern die Mitwirkung der Mitarbeitenden aller Bereiche und auf jeder Stufe.
- Die Geschäftsleitung hat eine Qualitätskommission eingesetzt. Diese setzt sich aus der Geschäftsleitung und den Beauftragten für Qualität- und Patientensicherheit zusammen. Ihre Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen sind schriftlich festgehalten und von der Geschäftsleitung genehmigt.
- Die Geschäftsleitung hat Beauftragte für Qualität- und Patientensicherheit ernannt. Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen sind schriftlich festgehalten und von der Geschäftsleitung genehmigt.
- Die Mitglieder der Qualitätskommission, die Beauftragten für Qualität- und Patientensicherheit sowie die Leitungen und Mitglieder der Qualitätsstandards werden für ihre Aufgaben ausgebildet.
- Das CSEB erbringt den Nachweis, dass es die Qualität sichert und fördert. Dazu unterzieht es sich periodisch verschiedenen Fremdbewertungen.
- Das CSEB informiert nach Innen und Aussen über die Qualitätsentwicklung.

Qualitätsziele

- **Wir wollen zufriedene Kundinnen und Kunden**
 - Patientenzufriedenheit
 - Zufriedenheit mit Rettungsdienst
 - Bewohnerzufriedenheit
 - Kundenzufriedenheit ambulante Pflege (inkl. Mahlzeitendienst)
 - Laufend Rückmeldungen der Patienten, Bewohnenden, Kunden, Angehörigen und Besuchenden
- **Wir wollen zufriedene Mitarbeitende**
 - Mitarbeiterbefragung
 - Mitarbeiterbeschwerden
 - Mitarbeiterfluktuation
 - Ausweis des Prozentanteils der Lohnsumme für Fort-/Weiterbildungen
 - Ideen/Vorschläge der Mitarbeitenden
 - Interne Weiterbildungen
 - Auswertung Lohneinstufungen
- **Wir wollen zufriedene Zuweisende**
 - Zuweisendenbefragung
 - Zufriedenheit interne Zuweiser

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

- Befragung der stationären Patienten mit externem Befragungsinstitut.
- Überwachungsaudit des Netzwerk CSEB durch die Stiftung sanaCERT.
- Umsetzung des systemgestützten Auditmanagementtools.
- Wiedereinführung der Chirurgischen-Qualitätsprüfung mittels AQC.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

Mitarbeitendenbefragung

Die Befragung erfolgte im Oktober 2023. Eine detaillierte Analyse und Massnahmeplanung wurde im 2024 durchgeführt und spezifische Massnahmen wurden bereits umgesetzt.

Patientenarmband

Die Einführung des Patientenarmband hat erfolgreich im Dezember 2023 statt gefunden. Nach einer Schulungs- und Testphase konnte das Patientenarmband eingeführt werden und ist seither in Betrieb. Im Berichtsjahr konnte somit eine letzte wichtige Lücke in der Patientensicherheit geschlossen werden.

Befragung stationäre Patienten

Die Befragung der stationären Patienten erfolgte bis Ende Oktober 2024. Die Ergebnisse dazu erhielt das Ospidal per Ende November 2024 vom externen Befragungsinstitut. Die Analyse und Massnahmenplanung erfolgt anfangs 2025.

Überwachungsaudit sanaCERT Netzwerk CSEB

Das CSEB hat das Überwachungsaudit sanaCERT ohne Auflagen, Empfehlungen oder Hinweise bestanden.

Umsetzung des systemgestützten Auditmanagementtools

Anfangs 2024 wurden die Internen Audits mit dem Auditmanagement-Tool durchgeführt. Die Dokumentationen dazu sind nun vollständig im System hinterlegt und Massnahmen werden entsprechend dort erfasst.

Wiedereinführung der Chirurgischen-Qualitätsprüfung mittels AQC

Alle Qualitätsdaten AQC wurden für das Jahr 2024 nacherfasst und können nun entsprechend ausgewertet werden.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Befragung der Zuweisenden Ospidal durch externens Auswertungsinstitut.
- Analyse und Massnahmenplan der Patientenbefragung 2024.
- Überwachungsaudit sanaCERT Netzwerk CSEB.
- Definition von spezifischen Kenngrössen für die pflegerischen-medizinischen Prozesse.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse, curafutura und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso ▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen ▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
<i>Rehabilitation</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Rehabilitation – Erwachsene ▪ Bereichsspezifische Messungen für <ul style="list-style-type: none"> – Internistische Rehabilitation – Onkologische Rehabilitation – Psychosomatische Rehabilitation

4.2 Durchführung von kantonally vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonale Vorgaben umgesetzt und folgende kantonally vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Q-Indikatoren für die stationäre Langzeitpflege

4.3 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>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Feedback Patienten ▪ Befragung stationäre Patienten
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meinungsumfrage
<i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitarbeitergespräch ▪ Austrittsgespräch ▪ Fluktuationsrate

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhebung Sturz
<i>Dekubitus</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dekubitus Inzidenz
<i>Weitere Qualitätsmessungen: Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dekubitus Inzidenz ▪ Sturz Inzidenz ▪ Schmerz

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Re-Zertifizierung durch die Stiftung sanaCERT suisse

Ziel	kontinuierliche Qualitätssicherung und -Verbesserung
Bereich, in dem das Projekt läuft	CSEB
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	Die Erhaltung und Verbesserung des QMS im Fokus der Patienten-, Bewohnenden- und Klientenperspektiven
Methodik	sanaCERT Standards
Involvierte Berufsgruppen	Q-Team
Weiterführende Unterlagen	Selbstbewertungs- und Zertifizierungsberichte

sanaCERT Standard "Grundstandard / Qualitätssicherung"

Ziel	Optimierung der Einführungsunterlagen in den verschiedenen Bereichen
Bereich, in dem das Projekt läuft	CSEB
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Fragebogen
Involvierte Berufsgruppen	Q-Team
Weiterführende Unterlagen	interne Dokumentation

sanaCERT Standard 1/61 Infektionsprävention und Spitalhygiene

Ziel	Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ospidal, Langzeitpflege und Spitexorganisation Unterengadin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Schulungen, interne Audits, Erfassung von Kennzahlen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	CH PPS2024 Punktprävalenz-Erhebung der healthcare-assoziierten Infektionen und des Einsatzes antimikrobieller Mittel in Schweizer Akutspitälern
Weiterführende Unterlagen	Hygiene Konzept

sanaCERT Standard 7 Chirurgie

Ziel	Weiterentwicklung der Qualität und der Standards in der Chirurgie
Bereich, in dem das Projekt läuft	Betrieb Ospidal
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Auswertung interner Daten, interne Audits
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte Chirurgie, OP-Pflege, Anästhesie
Evaluation Aktivität / Projekt	AQC
Weiterführende Unterlagen	interne Dokumentation

sanaCERT Standard 11/54 "Umgang mit kritischen Zwischenfällen"

Ziel	Einhaltung PDCA-Zyklus
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ospidal, Langzeitpflege und Spitexorganisation Unterengadin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Auswertung Daten intrafox
Involvierte Berufsgruppen	Standardmitglieder Standard "Umgang mit kritischen Zwischenfällen"
Weiterführende Unterlagen	interne Dokumentation

sanaCERT Standard 25 / 66 Palliative Betreuung

Ziel	Ein Entscheidungsprozess für die palliative Betreuung ist festgelegt
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ospidal, Langzeitpflege und Spitexorganisation Unterengadin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Handlungsrichtlinien, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Berücksichtigung ethischer Fragestellungen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege
Weiterführende Unterlagen	Konzept palliative Betreuung,

sanaCERT Standard 28 "Dekubitusvermeidung und -Pflege"

Ziel	Verminderung von Decubiti
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ospidal
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Auswertung aus Pflegedokumentationen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege
Weiterführende Unterlagen	interne Dokumentation

sanaCERT Standard 32/65 "Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz"

Ziel	Demenzkonzept ist erstellt und Handlungsrichtlinien sind erstellt, instruiert und umgesetzt
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ospidal, Langzeitpflege und Spitexorganisation Unterengadin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Handlungsrichtlinien, interdisziplinäre Zusammenarbeit, interne Audits
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege
Weiterführende Unterlagen	Konzept Demenz, interne Dokumente

sanaCERT Standard 33 "Feedbackmanagement"

Ziel	Steigerung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Betrieb Ospidal / Clinica Curativa
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Rückmeldeformular, Internetformular
Involvierte Berufsgruppen	Direktion, Betriebsleitung
Weiterführende Unterlagen	Intrafox-System Lob- und Beschwerdemanagement

Interne Audits

Ziel	Laufende Überprüfung der Qualität in den Prozessen, Dokumentationen
Bereich, in dem das Projekt läuft	CSEB
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	P-D-C-A Zyklus
Methodik	Befragungen und Stichproben nach Vorgaben Interne Audits
Involvierte Berufsgruppen	QB CSEB, Interne Auditoren
Weiterführende Unterlagen	Interne Auditberichte

Ideenmanagement

Ziel	Vorschläge/Ideen der Mitarbeitenden aufnehmen und für Qualitätsverbesserungen nutzen
Bereich, in dem das Projekt läuft	CSEB
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Inputs für Qualitätsverbesserungen nutzen
Methodik	Intranetformular
Involvierte Berufsgruppen	Direktion, QB CSEB
Weiterführende Unterlagen	Intrafox Ideenmanagement

4.4.1 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 2008 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.

4.5 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
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	1998
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2001
Safw DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch	2014
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	2012
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	2012
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	2017

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 GG Krebsregister Graubünden und Glarus	Alle	www.ksgr.ch/krebsregister.aspx

4.6 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
SanaCERT	CSEB	2006	2023	
REKOLE H+	Finanz und Rechnungswesen	2014	2019	
euofins	Lebensmittelhygiene	2014	2024	
IVR	Rettungsdienst	2010	2023	
Gesellschaft für Risikoberatung	Ospidal	2005	2019	
Wundzentrum	Ospidal	2015	2024	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patient:innen und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Rehabilitation – Erwachsene

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

Der Fragebogen beinhaltet sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Zwei Fragen sind praktisch identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die anderen vier Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Rehabilitation angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

Messergebnisse

Die für das Jahr 2020 geplanten Patientenbefragungen in der Rehabilitation und Psychiatrie wurden infolge der Covid-19-Pandemie auf das Folgejahr (2021) verschoben. Danach gilt der reguläre 2-Jahres-Rhythmus wonach von Seiten ANQ in diesen Bereichen jeweils in den geraden Jahren eine Patientenbefragung stattfindet. Dargestellt werden nur die Vorjahre in denen Befragungen stattgefunden haben und zu denen Werte vorhanden sind.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Patientenzahlen sind zu niedrig, um aussagekräftige Ergebnisse zu liefern.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Unisanté, Lausanne

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Feedback Patienten

Alle Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit auf ausliegenden Fragebogen, über die Terminals in den Patientenzimmern oder über das Internetformular ihre Rückmeldungen bezüglich ihres Aufenthaltes im Ospidal mitzuteilen. Diese Informationen gehen an die Beauftragten Qualität und Patientensicherheit und werden von diesen im elektronischen Lob- und Beschwerdemanagement-Tool erfasst. Anschliessend werden die Rückmeldungen der verantwortlichen Bereichsleitenden und/oder Dirktion weitergeleitet, welche entsprechende Massnahmen zur Verbesserung einleiten. In der Direktionsinfo werden alle Mitarbeitenden über die Patientenrückmeldungen informiert.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Ospidal (Akutspital) und Clinica Curativa

Es können alle Patienten, Besucher und auch Angehörige bei dieser Meinungsumfrage teilnehmen.

Die Rückmeldungen werden kontinuierlich ausgewertet. In relevanten Fällen kann direkt gehandelt werden.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.2.2 Befragung stationäre Patienten

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patient

n das Spital und die Betreuung empfunden haben. Dies ermöglicht es dem Spital, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Februar bis Oktober durchgeführt.

Akut-Station und Geburtsabteilung Spital

Im Befragungszeitraum wurden alle Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserem Spital hatten (schriftliche Befragung kurz nach dem Austritt). Kinder wurden nicht befragt.

Messergebnisse

Gesamtzufriedenheit	89.8
Ärzte	91.1
Pflegepersonal	92.4
Organisation	86.8
Essen	81.6
Wohnen	87.4
Öffentliche Infrastruktur	88.9

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse sind sehr gut ausgefallen, sowohl im Vergleich zur Messung vom 2020, wie auch im Benchmark.

Die detaillierte Massnahmeplanung erfolgt im 2025.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mecon-Standardfragebogen

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal

Lob- und Beschwerdemanagement

Marianne Florinett

Qualitätsverantwortliche CSEB

+41 81 861 10 64

marianne.florinett@cseb.ch

6 Angehörigenzufriedenheit

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 Meinungsumfrage

Die Angehörigen können über den Feedback Fragebogen, via E-Mail oder Formular auf der Homepage Ihre Zufriedenheit mit dem Spital in allen Bereichen und Angeboten mitteilen.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Lob- und Beschwerdemanagement/Direktion

Alle Angehörigen haben die Möglichkeit über aufgelegte Formulare, via E-Mail oder mittels Formular auf der Homepage des CSEB Ihr Anliegen anzubringen

Alle eingegangenen Rückmeldungen werden im elektronischen Lob- und Beschwerdemanagement System erfasst und bearbeitet.

Über die Ergebnisse der Meinungsumfrage werden alle Mitarbeitenden in der Direktionsinfo informiert.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

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 Mitarbeitergespräch

Zufriedene Mitarbeitende sind das wichtigste Gut eines Betriebes. Rückmeldungen und deren Umsetzung fördern das Betriebsklima und tragen wesentlich zur Behandlungsqualität bei.

Die Mitarbeitergespräch finden mindestens einmal jährlich, anhand eines strukturierten Fragebogens statt.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Ospidal, Clinica Curativa

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Publiziert werden die Mitarbeiterzufriedenheitsmessungen (MECON)

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

7.1.2 Austrittsgespräch

Durch das Austrittsgespräch erhält der Betrieb wertvolle Informationen betreffend Zufriedenheit, Arbeitssituation und Ressourcen und kann diese Feedbacks zur Verbesserung nutzen.

Das Austrittsgespräch findet anhand eines strukturierten Fragebogens statt.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Ospidal und Clinica Curativa

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Publiziert werden die Mitarbeiterzufriedenheitsmessungen (MECON)

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

7.1.3 Fluktuationsrate

Die jährliche Fluktuationsrate gibt Aufschlüsse zur Zufriedenheit der Mitarbeitenden. Sie wird auf Jahresbasis gemessen.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
gesamtes CSEB

Die Fluktuationsrate wird über den ganzen Betrieb CSEB erfasst. Ausgeschlossen sind Auszubildende.

Die Fluktuationsrate wird kontinuierlich erfasst und durch die Geschäftsleitung CSEB ausgewertet.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

7.1.4 Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung

Wir wollen zufriedene Mitarbeitende. Rückmeldungen und deren Umsetzung fördern das Betriebsklima und tragen wesentlich zur Behandlungsqualität bei.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeitendenbefragung erfolgt im Jahr 2028.

Gesamtes CSEB

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mecon-Standardfragebogen

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzt:innen und niedergelassene Spezialärzt:innen) eine wichtige Rolle. Viele Patient:innen lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweisenden den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patient:innen empfunden haben.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiser Zufriedenheit Akut 2017

Die Zufriedenheit mit unseren Angeboten und der Vergleich zu den Ergebnissen der Zuweiserbefragung in 2011 war das Ziel der Befragung.

Die Angaben der Zuweisenden wurde nach Zuweisergruppen sowie Abteilungen unseres Spitals zusammengefasst.

Gemessen wurden die Aussagen zu den Bereichen

- medizinische Qualität
- Organisation
- Einweisungsprozess
- Zusammenarbeit
- Berichtswesen
- Patienten / Image

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2025.

Medizin, Chirurgie, Integrative Medizin / Palliative Care

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mecon-Standardfragebogen

8.1.2 Zuweiserbefragung Clinica Curativa

Mittels der Zuweiserbefragung in der Clinica Curativa (Rehabilitation) wurde die Zufriedenheit mit unseren Angeboten und Dienstleistungen erhoben.

Gemessen wurden die Aussagen zu den Bereichen:

- medizinische Qualität
- Einweisungsverfahren
- Gesamturteil mit Zusammenarbeit
- Zufriedenheit mit den Fachbereichen
- Einschätzung der Zufriedenheit der Patienten mit unserer Reha

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2026.

Die Befragung hat in der Clinica Curativa (Rehabilitation) statt gefunden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Standard Fragebogen mit externem Vergleich

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen bezeichnen akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen und als Bestandteil der bisherigen Behandlung nicht zwingend erwartet wurden. Von allen Wiedereintritten, die während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auftreten, werden lediglich ungeplante Wiedereintritte als Qualitätsauffälligkeit gezählt und berücksichtigt. Dabei werden ungeplante Rehospitalisationen stets als Auffälligkeiten angesehen, unabhängig vom genauen Grund des Wiedereintritts. Geplante Rehospitalisationen hingegen werden nicht berücksichtigt.

Seit dem Jahr 2022 (BFS-Datenjahr 2020) verwendet der ANQ den Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) um die ungeplanten Rehospitalisationen während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auszuwerten. Die Unterscheidung zwischen ungeplanten und geplanten Rehospitalisationen erfolgt mittels des Algorithmus. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser dient als Datengrundlage für die Bildung und Auswertung der ungeplanten Rehospitalisationen.

Insgesamt werden 13 Indikatoren ausgewertet, für die transparente Publikation eigenen sich davon jedoch nur die folgenden 6 Indikatoren:

Messergebnisse

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

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Für statistische Berechnungen dieser Art sind die Fallzahlen des Ospidal zu gering, was zur Verzerrung der Ergebnisse führen kann. Nichtsdestotrotz dienen diese Messungen für interne kritische Analysen, um sich stetig zu verbessern. Zudem werden diese Daten zeitnah überwacht und Massnahmen bei Bedarf eingeleitet.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Das Spital ist vor allem im Bereich der gynäkologischen-chirurgischen Kohorte auf einem sehr tiefen Niveau, d.h. im sehr guten Bereich.

Bei den sonstigen Kohorten ist der Wert etwas höher als erwartet. Unsere Analyse der Fälle ergab: in allen Fällen waren erneute Hospitalisationen unvermeidbar: polymorbide sehr betagte, häufig Pflegeheimpatienten mit unterschiedlichen med. Problemen ohne Zusammenhang (zB. HWI und Lungenembolie, rezid. Stürze mit Sturzfolgen und Infekt). Jeweils Zuweisungen durch Hausärzte. Region mit älterer Population und Pflegeheimen auch für ausserregionale Patienten. Gesundheitszentrum mit hohem Vertrauen der Bevölkerung, weshalb niederschwellige Zuweisungen.

Angaben zur Messung

Auswertung	Dr. med. Dr. sc. nat. Michael Havranek, Universität Luzern
Methode / Instrument	Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), angepasst auf die Schweizer Codier-Regeln. Die angepasste Version für die Schweiz wurde mittels einer Validierungsstudie geprüft.

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

Spitäler und Kliniken erfassen im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ implantierte Hüft- und Knieprothesen im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Das Register ermöglicht eine grosse Anzahl von Implantationen über einen langen Zeitraum zu beobachten sowie regelmässige Auswertungen und Vergleiche auf Ebene der Spitäler und Kliniken, als auch der Implantate zu machen. Ein besonderes Augenmerk gilt den 2-Jahres-Revisionsraten, d.h. der Revision innerhalb von zwei Jahren nach dem Primäreingriff. Das Register wird von der SIRIS Stiftung geführt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.siris-implant.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2018 bis 31.12.2021

	Anzahl eingeschlossene Primär-Implantate (Total)	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N)	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %			Adjustierte Revisionsrate %
			2018 - 2021	2018 - 2021	2015 - 2018	
Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal						
Primäre Hüfttotalprothesen	70	1.50%	0.00%	0.00%	1.70%	1.50%
Primäre Knieprothesen	30	3.40%	0.00%	5.80%	4.40%	3.60%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2024 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2018 bis Dezember 2021. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2023.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swiss RDL, ISPM Bern
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Alle Patient:innen mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patient:innen, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patientinnen und Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes oder einer Rehospitalisation führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen***.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulen Chirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

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

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2023 – 30. September 2024

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2020/2021	2021/2022	2022/2023	
Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal						
Gallenblasen-Entfernungen	8	0	-	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	4	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	0	0	-	0.00%	14.80%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Kaiserschnitt (Sectio)	11	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

Die Messungen mit und ohne Implantate werden seit der Messung 2021/2022 zeitgleich durchgeführt.

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober – 30. September

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2020/2021	2021/2022	2022/2023	
Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	17	0	0.00%	8.30%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	25	0	-	-	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patient:innen (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patient:innen (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patient:innen, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

Hinweis zur nationalen Messung Sturz & Dekubitus: Keine Messung im Jahr 2023 - Ablösung der Messmethode

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. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie hier: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/sturz-dekubitus/>

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Erhebung Sturz

Die Messung besteht aus dem Erfassen der Stürze und dem Vergleich über die Jahre hinweg. Erfasst werden:

- Sturzhäufigkeit
- Stürze mit Verletzungsfolgen
- Stürze mit vorbestehend erhöhtem Risiko
- Patienten mit Hüftprotektoren
- Stürze ohne vorbestehendes Risiko

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Akut Spital

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Sturzereignisse sind aufgrund der Grösse des Spitals sehr gering. Weshalb hier auf eine Publikation der Ergebnisse verzichtet wird.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

13 Dekubitus

Hinweis zur nationalen Messung Sturz & Dekubitus: Keine Messung im Jahr 2023 - Ablösung der Messmethode

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. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie hier: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/sturz-dekubitus/>

13.1 Eigene Messungen

13.1.1 Dekubitus Inzidenz

Siehe Ausführungen dazu unter Punkt 17. Weitere Qualitätsmessungen "Dekubitus Inzidenz"

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Akutspital/CCU

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Detaillierte Angaben unter Punkt 17. Weitere Qualitätsmessungen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Messungen in der Rehabilitation

16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit

16.1 Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation

Die ANQ-Messvorgaben in der Rehabilitation gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsabteilungen der Akutspitäler), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patient:innen werden entsprechende Messinstrumente je nach Rehabilitationsart bei Ein- und Austritt eingesetzt. Dabei wird untersucht wie sich der Schweregrad der körperlichen und sozio-kognitiven Beeinträchtigung, die Funktions-, Leistungsfähigkeit, Lebensqualität oder der Gesundheitszustand während des Rehabilitationsaufenthaltes verändert haben. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung von Ein- zu Austritt ausgewertet. Je nach Rehabilitationsart kommen andere Messinstrumente zum Einsatz.

Weiterführende Informationen zu den bereichsspezifischen Messungen im Bereich der Rehabilitation finden Sie unter www.anq.ch.

Das **FIM**[®]- Instrument (Functional Independence Measure) und der Erweiterte Barthel-Index (**EBI**) sind unterschiedliche Messinstrumente (Fremdbeurteilungsinstrumente), um die Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten (in motorischen und sozio-kognitiven Bereichen) zu bestimmen. Es wird jeweils eines der beiden Instrumente pro Klinik in der geriatrischen, internistischen, muskuloskelettalen, neurologischen sowie onkologischen Rehabilitation eingesetzt. Um unabhängig von der Wahl des eingesetzten Instruments (FIM[®] oder EBI) die Ergebnisqualität über alle Kliniken vergleichen zu können, wurde ein Umrechnungsalgorithmus von FIM[®] bzw. EBI in einen gemeinsamen ADL-Score (Activities of Daily Life) entwickelt.

Messergebnisse

Zusätzlich zu den obigen Messungen werden die Partizipationsziele (Hauptziel und Zielerreichung) erfasst. Da keine klassische indirekte Veränderungsmessung möglich ist, werden die Ergebnisse auf nationaler Ebene lediglich deskriptiv berichtet.

In der paraplegiologischen und psychosomatischen Rehabilitation wurden für das Jahr 2021 das erste Mal transparente Daten ausgewiesen. Die pädiatrische Rehabilitation unterliegt aktuell keiner Messpflicht.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Die Anzahl der auswertbaren Fälle ist gering, so dass keine repräsentativen Ergebnisse möglich sind. Wir prüfen jedoch laufend die Qualität unserer Behandlungen und Dienstleistungen. Weiter ist die Datenqualität unserer Messungen sehr gut.

Die ANQ-Messungen sind für Spital- und Klinikvergleiche pro Jahr konzipiert. Die Ergebnisse einzelner Spitäler und Kliniken und Vergleiche zum Vorjahr sind nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/.

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Abteilung Rehabilitationsforschung.	

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Alle Patient:innen, die während des Erhebungszeitraums stationär behandelt wurden.

Weitere Qualitätsaktivitäten

17 Weitere Qualitätsmessungen

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Dekubitus Inzidenz (Akutsomatik)

Ziele:

Vermeidung / Entstehung von Dekubiti.

Mitarbeitende, Patienten und Angehörige sollen für das Risiko eines Dekubitus und dessen Folgen sensibilisiert werden.

Jeder Patient / jede Patientin wird innerhalb 24h eingeschätzt.

Jeder Patient / jede Patientin, der/die als dekubitusgefährdet eingestuft wird, erhält eine individuelle angepasste Prophylaxe. Ein bereits vorhandener Dekubitus wird nach dem Wundkonzept einheitlich und fachgerecht behandelt.

Messungen:

Die Dokumentationen werden jährlich überprüft und ausgewertet.

Der Wissenstand der Mitarbeitenden wird periodisch überprüft.

Diese Messung haben wir vom 01.01.2024 bis 31.12.2024 durchgeführt.

Akutspital, Clinica Curativa

Alle stationären Patienten und Patientinnen.

ausgeschlossen sind: Wöchnerinnen/Säuglinge und Kinder bis zu ihrem erfüllten 16 Lebensjahr

Insgesamt ist die Anzahl der erfassten Dekubiti im Vergleich zu den Statistiken der letzten Jahre auf sehr tiefem Niveau stabil. Die jährliche Überprüfung zeigt, dass die professionelle Dekubitusprophylaxe sehr gut in den pflegerischen / medizinischen Prozessen implementiert ist und einen großen Nutzen für die Patienten/Patientinnen darstellt.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Qualität im Bereich Dekubitus Prävention und Beandlung ist auf sehr hohem Niveau stabil. Die jährlichen Überprüfungen, die regelmässigen Schulungen und der Einbezug von ausgebildeten Wundmanagerinnen tragen dazu bei, dass die Dekubiti auf tiefem Niveau stabil sind.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	sanaCERT Standard 28
---	----------------------

17.1.2 Sturz Inzidenz (Akutsomatik)

Stürze werden minimiert.

Patienten und Angehörige werden über das Sturzrisiko aufgeklärt.

Es werden sämtliche Stürze von Patienten während der Hospitalisation erfasst und mittels Sturzprotokoll ausgewertet.

Periodisch wird der Wissenstand der Mitarbeitenden zum Thema Sturzprävention evaluiert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Akutspital

- Ein Risikoassessment wird durchgeführt

1. bei allen Patienten der Akutabteilung und der Komplementärabteilung und allen Bewohnenden
2. In allen Bereichen findet nach einem Sturzereignis oder einer signifikanten Statusveränderung ein Risiko-Reassessment statt.

Mittels Dashboard wurden Referenzzahlen der letzten Jahre ermittelt.

Wie daraus ersichtlich, hat sich der Verletzungsindex weiter gesenkt. Dies ist der beste Marker um die Wirksamkeit und die Zweckmässigkeit zu beurteilen. Die Mitarbeitenden und Patienten setzten die notwendigen Massnahmen in der Praxis um.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	sanaCERT Standard 29/63 Sturzvermeidung
---	---

17.1.3 Schmerz (Akutsomatik)

Der Schmerz ist eine universelle menschliche Erfahrung und einer der häufigsten Gründe, warum der Mensch einen Arzt oder ein Spital aufsucht. Als Mitarbeitende sind wir überzeugt, dass eine qualitativ hochstehende Schmerzerfassung und Schmerztherapie oberste therapeutische Ziele sind, da sie wesentlich zum körperlichen und emotionalen Wohlbefinden des Patienten beitragen. Die Schmerztherapie gewinnt daher immer grössere Bedeutung bei der Pflege und Behandlung der uns anvertrauten Patienten.

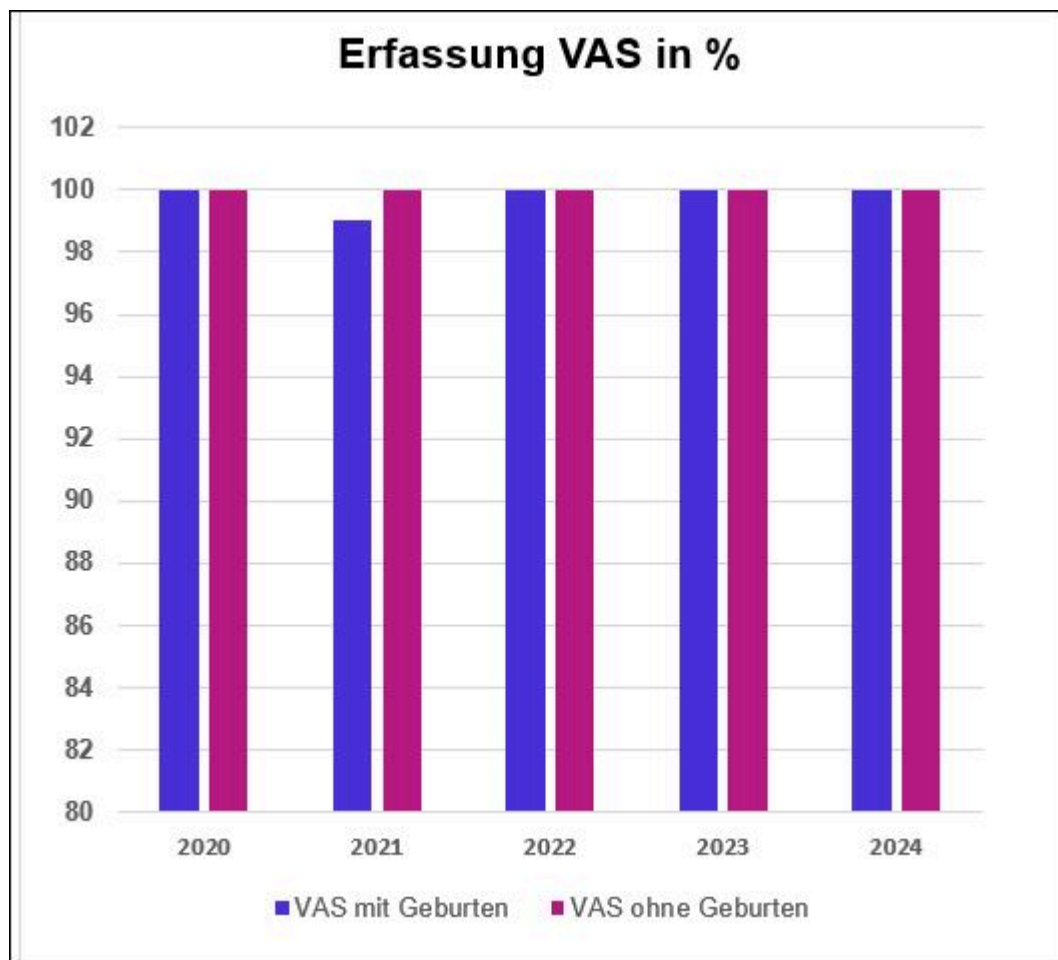
Kontinuierliches Monitoring:

1. VAS-Erfassung in der elektronischen KG
2. Reserveverordnung Schmerz
3. Reserveverordnung Übelkeit
4. Reserveverordnung Schlaf

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Chirurgie / Geburtshilfe (Sectio Caesare)

Chirurgische Patientinnen und Pateinten ab 18 Jahren, aufgeteilt in Fälle mit und ohne Geburten.



Die Erfassung des Schmerzes in der KG funktioniert seit den letzten Jahren einwandfrei.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Einführung eines standardisierten Auditmanagement

Projektstart: Januar 2023

Projektziel: Audits werden standardisiert durchgeführt. Auditpläne, Auditprogramm und Auditberichte können über das System gesteuert werden. Massnahmen werden zentral im System verwaltet.

Projekttablauf:

- Festlegung der internen Anforderungen
- Definition der Bereiche/Prozesse/Kategorisierungen
- Abstimmung der bestehenden Dokumente auf das neue System
- Schulung QM
- Testphase
- Einführung

Projektende: Anfang 2024

Erfahrungen mit System und allenfalls Anpassungen: 2024

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 Einführung Patientenarmband

Projektziel:

- Patientenarmband für alle stationären Patienten und ambulante Patienten mit Abteilungsaufenthalt
- Prüfung der Patientendaten auf Richtigkeit
- Eindeutige Patientenidentifikation

Projekttablauf:

- Aufgleisung des Projektes in einer Arbeitsgruppe (AG) mit Vertretern aller involvierten Bereiche
- Definition des Prozesses innerhalb der AG
- Schulungsphase anfangs Dezember 2023
- Testphase mitte Dezember 2023
- Evaluation der ersten Testphase und Verbesserungen
- Go live 22. Dezember 2023
- nächste Evaluation Ende Wintersaison (Frühling 2024)

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Überwachungsaudit sanaCERT

Überwachungsaudit sanaCERT

Durch das externe Audit der Stiftung sanaCERT Suisse wurde im November 2023 das CSEB auf ein funktionierendes Qualitätsmanagement hin überprüft. Das Netzwerk CSEB wurde erfolgreich für weitere 3 Jahre rezertifiziert. In den Jahren bis zum nächsten Rezertifizierungsaudit erfolgen jährliche Überwachungsaudits. Im 2024 fand ein solches statt und wurde ohne Auflagen, Empfehlungen oder Anregungen bestanden.

19 Schlusswort und Ausblick

Gemessene und ausgewiesene Qualität ist dem Gesundheitszentrum Unterengadin (CSEB) ein grosses Anliegen und fest in den verschiedenen Betrieben verankert. Täglich wird sie durch die Mitarbeitenden umgesetzt und gelebt.

Den strukturellen Rahmen bilden die Vorgaben von sanaCERTsuisse, der schweizerischen Stiftung für Zertifizierungen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, von ANQ, dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken und weiteren Qualitätsinstitutionen wie Eurofins, Interverband Resttungsdienst (IVR), REKOLE und andere mehr.

Mit dem Bericht ermöglicht das CSEB einen Einblick in seine Qualitätsaktivitäten. Weitere Berichte und Dokumentationen finden Sie unter www.cseb.ch/cseb-de/Qualitaetsmanagement

Wir bedanken uns für Ihr Interesse

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Herz
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie

Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Rehabilitation

Leistungsangebot in der Rehabilitation

Arten der Rehabilitation	
Internistische Rehabilitation	s
Onkologische Rehabilitation	s
Psychosomatische Rehabilitation	s

a = ambulant, s = stationär

Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflage tage** geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patient:innen sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflage tage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patient:innen unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflage tage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient:in** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein/e Patient:in in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Als Basis hierfür dient das Grundsatzpapier [«DefReha© Version 3.0, Stationäre Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen»](#), welches die Leistungen und Arten der Leistungserbringung in der stationären Rehabilitation beschreibt.

Angeborene stationäre Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflage tage
Internistische Rehabilitation	0.00	7	207
Onkologische Rehabilitation	0.00	60	1485
Psychosomatische Rehabilitation	0.00	79	2318

Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

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

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

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

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal		
Spital Oberengadin	Intensivstation in akutsomatischem Spital	60 km
Ospidal, Center da sandà Engiadina bassa	Notfall in akutsomatischem Spital	0 km

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet
Spital Oberengadin	Radiologie
Kantonsspital St. Gallen	Telemedizin bei Stroke-Patienten

Personelle Ressourcen in der Rehabilitation

Vorhandene Spezialisierungen	Stellenprozente
Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	70.00%
Facharzt Psychiatrie	90.00%
Assistenzarzt REHA	100.00%

Spezifische ärztliche Fachpersonen sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialistinnen und Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

Pflege-, Therapie- und Beratungsfachkräfte	Stellenprozente
Center da sandà Engiadina Bassa, Ospidal	
Pflege	680.00%
Physiotherapie	50.00%
Ernährungsberatung	5.00%
Komplementärtherapie	145.00%
Kunsttherapie	30.00%
Fachpsychologie	80.00%

Die Tätigkeiten der Pflege und des therapeutischen Personals unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von den Tätigkeiten in einem akutsomatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hinweise zu den diplomierten, rehabilitationsspezifischen Fachkräften.

Als Stichdatum für die Anzahl Stellenprozente gilt jeweils der 31.12. des betreffenden Jahres.

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



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

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.