



**GZF**

Gesundheitszentrum  
Fricktal

# Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

10.05.2019  
Rolf Prions, Leiter Qualitätsmanagement

Version 1

Gesundheitszentrum Fricktal AG

[www.gzf.ch](http://www.gzf.ch)



**Akutsomatik**

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2018.

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 wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind 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.

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 aktuellsten, 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 2018

Herr  
Rolf Prions  
Leiter Qualitätsmanagement  
Rheinfelden  
061 835 67 32  
[rolf.prions@gzf.ch](mailto:rolf.prions@gzf.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. [Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	16
4.5 Registerübersicht .....	17
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	18
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>19</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>20</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>20</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	20
5.2 Eigene Befragung .....	22
5.2.1 Interne Kundenzufriedenheitsbefragung .....	22
5.2.2 Interne Kundenzufriedenheitsbefragung für Patientinnen des interdisziplinären Brustzentrums .....	23
5.3 Beschwerdemanagement .....	23
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>24</b>
7.1 Eigene Befragung .....	24
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheitsmessung 2014 .....	24
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>25</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>25</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	25
<b>10 Operationen</b> Kein geeignetes Messinstrument	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>26</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	26
<b>12 Stürze</b> .....	<b>28</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	28
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>30</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	30
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>32</b>
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen .....	32
14.1.1 Protokoll Bewegungseinschränkende Massnahmen .....	32
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

<b>16</b>	<b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b>	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b>	<b>33</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	33
18.1.1	Individuelle Fallbesprechungen auf den Pflegeabteilungen	33
18.1.2	Interne Audits der Pflegedokumentation	33
18.1.3	Reorganisation Dokumentenlenkung	33
18.1.4	Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2015	34
18.1.5	Zertifizierung Wundambulatorium	34
18.1.6	Einführung Qualitätssoftware im Rettungsdienst	34
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	35
18.2.1	Planung Gastroenterologie	35
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	36
18.3.1	Re-Zertifizierung Rettungsdienst	36
18.3.2	Überwachungsaudit ISO 9001	36
18.3.3	Anerkennung Wundzentrum	36
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b>	<b>37</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b>	<b>38</b>
	Akutsomatik	38
	<b>Herausgeber</b>	<b>41</b>

## 1 Einleitung

In den beiden Spitalstandorten Rheinfelden und Laufenburg, aber auch im Fachärzthehaus in Frick sowie den Hausarztpraxen hat das GZF ein umfassendes, professionelles Betreuungsangebot in vertrauter Umgebung.

Das GZF steht für fachliche Leistungen auf höchstem Niveau, moderne Infrastruktur und eine herzliche, familiäre Atmosphäre. Unser qualifiziertes und hochmotiviertes Team von Ärzten, Pflegefachpersonen und Therapeuten sowie unzähligen Mitarbeitenden im Hintergrund ist rund um die Uhr darum bemüht, dass sich unsere Patientinnen und Patienten, aber auch die Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegeheimes optimal versorgt und aufgehoben fühlen.

In den chefärztlich geleiteten Kliniken wurden 2018 über 8'500 Patientinnen und Patienten stationär versorgt. Hinzu kamen über 42'000 ambulante Eintritte. Im Pflegeheim zählten wir im Berichtsjahr mehr als 30'000 Pfl egetage. Somit haben wir in vielen Bereichen eine Steigerung unserer Leistungen zum Vorjahr erzielen können.

Unser Einzugsgebiet ist vor allem das Fricktal, wir betreuen aber auch Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner aus den umliegenden Kantonen und dem grenznahen Ausland.

Rund 1'000 Mitarbeitende in den verschiedenen Berufsgruppen und Abteilungen arbeiten heute in Voll- oder Teilzeit für unsere Patienten des Akutspitals und unsere Bewohner des Pflegeheimes.

Unser Ziel ist, die medizinisch-pflegerische Versorgung auf höchstem fachlichem Niveau bei gleichzeitig persönlicher Zuwendung zu jedem unserer Patienten und dessen Angehörigen. Auch der immer gute, persönliche Kontakt zu unseren zuweisenden Ärzten ist uns ein hohes Anliegen und wird rege gepflegt.

Auch das gelebte Qualitätsmanagement hat im GZF eine lange Tradition. Im Berichtsjahr wurde dies durch mehrere Zertifizierungen und fachliche Anerkennungen belegt. So wurde das bereits durch die Krebsliga Schweiz anerkannte Interdisziplinäre Brustzentrum unserer Frauenklinik neu durch die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. Onkozert auditiert und als Interdisziplinäres Brustkrebszentrum anerkannt. Auch das im September 2018 durchgeführte Überwachungsaudit nach ISO 9001 bestätigt die hohen Qualitätsanstrengungen unserer Mitarbeitenden im GZF.

Der nun vorliegende Qualitätsbericht informiert Sie über die Leistungsfähigkeit des GZF.

Der Aufbau dieses Berichtes folgt den Vorgaben des Qualitätsberichtes von H+.

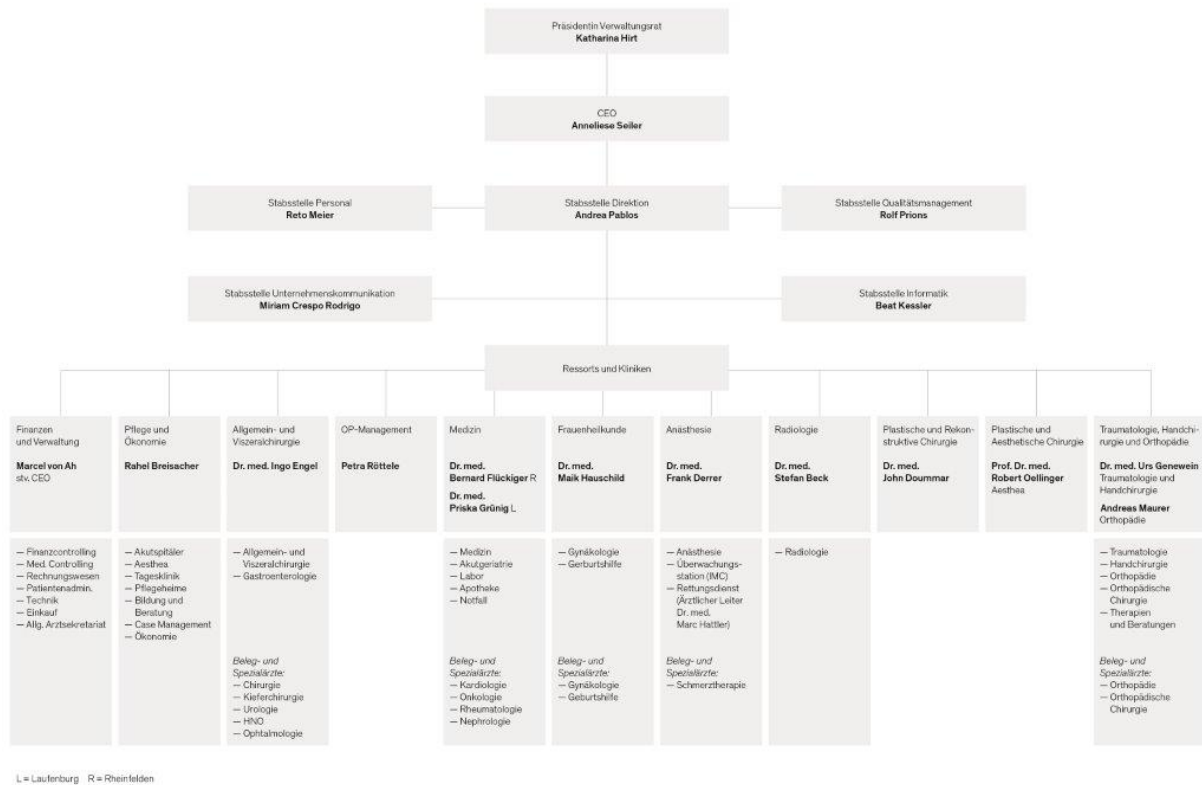
Wir wünschen Ihnen allzeit gute Gesundheit.

Rolf Prions  
Leiter Qualitätsmanagement am GZF

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **380** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Rolf Prions  
 Leiter Qualitätsmanagement  
 061 835 67 32  
[rolf.prions@gzf.ch](mailto:rolf.prions@gzf.ch)

Frau Anneliese Seiler  
 CEO  
 061 835 66 11  
[anneliese.seiler@gzf.ch](mailto:anneliese.seiler@gzf.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Wir wollen in allen Bereichen eine hohe Qualität erreichen. Wir gestalten die Entwicklung im Gesundheitswesen aktiv mit. Prozesse werden laufend überprüft, wo notwendig verbessert und wir suchen den Vergleich mit anderen Institutionen. Ziel bleibt es, eine hohe Zufriedenheit und das Vertrauen der Patienten, der Ärzte und der Mitarbeitenden zu erhalten.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

Das Berichtsjahr 2018 war für das GZF sehr positiv – trotz oder gerade wegen der strategisch wichtigen, und aus heutiger Sicht auch richtigen Reorganisation am Standort Laufenburg, die ganz im Sinne des gesundheitspolitischen Wandels im Kanton Aargau steht.

Die Patientenzahlen entwickelten sich positiv: Im stationären Bereich erreichten wir mit 8'614 Austritten einen Höchstwert, wie bereits schon im Jahr zuvor. Auch der ambulante Bereich erzielte mit 45'731 Eintritten ein Wachstum von 6.6 Prozent. Damit beweist das GZF einmal mehr, dass wir fokussiert auf die Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele hinarbeiten und die Strategie «ambulant vor stationär» konsequent umsetzen und vorantreiben.

Das Jahr 2018 war stark geprägt von einem intensiven Dialog und einem breiten Diskurs mit all unseren internen und externen Anspruchsgruppen und Partnern. Diesem konstruktivem Austausch haben wir zu verdanken, dass die im Sommer 2018 beschlossene Reorganisation am Standort Laufenburg reibungslos und plangemäss im September umgesetzt werden konnte. Die Zuweisungen der ansässigen Ärzte und die Patientenzahlen sprechen hierfür eine klare und positive Sprache. Dies freut uns ausserordentlich und stimmt uns zuversichtlich für die Zukunft.

An dieser Stelle danken wir unseren loyalen Mitarbeitenden, die letztes Jahr besonders stark zu uns gehalten haben. Auch unseren Zuweisern und Belegärzten sowie unseren Kooperationspartnern möchten wir für die Unterstützung in diesem wichtigen Wandel danken. Unseren politischen Partnern danken wir für das offene Ohr für die Anliegen unserer Region und die konstruktive Zusammenarbeit in diesem weitreichenden Veränderungsprozess. Auch den zahlreichen Organisationen im Gesundheits- und Pflegebereich, mit denen wir eng und partnerschaftlich zusammenarbeiten, gebührt an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön.

Die Menschen in unserer Region fühlen sich dem GZF verbunden – das haben sie uns letztes Jahr deutlich gezeigt. Ihr Engagement hat uns sehr motiviert, die gesundheitspolitische Stossrichtung und Herausforderungen mit Herzblut, Kreativität und strategischer Weitsicht anzupacken. Die Fricktaler scheuen sich nicht, sich für «ihr» Spital einzusetzen, wenn es um eine gute Gesundheitsversorgung in ihrer Region geht.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen und für Ihre Verbundenheit zu unserem Hause!



### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

Das GZF konnte im Rahmen der Vorbereitung auf das Überwachungsaudit nach ISO 9001 die Organisation weiter straffen, die Dokumentenlenkung optimieren und die internen Audits spezifizieren. Diesen eingeschlagenen Weg der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung wird das GZF konsequent weitergehen.

Die definierten Pflichtschulungen wurden gut von den Mitarbeitenden angenommen und umgesetzt. Die hierdurch erreichte Klarheit, Transparenz und das hohe Niveau der Schulungen wie auch die Erfassung der Schulungsdurchdringung sind ein Vorteil, wenn das GZF neue Mitarbeitende sucht oder Mitarbeitende binden will.

Folgende Verbesserungen wurden im Berichtsjahr erarbeitet bzw. sind in Arbeit, um die Durchdringung des Qualitätsmanagement zu verbessern:

- Neustrukturierung der Zentralen Kartei
- Intensive Durchsicht der Zentralen Kartei: Entfernen hunderter Dokumente, die veraltet bzw. ohne Nutzen für die Organisation waren.
- Das QM-System ist eine Basis für die fachlichen Zertifizierungen, zum Beispiel bei der fachlichen Zertifizierung des Brustzentrums nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft. QM bietet diese Basis und erlaubt den Fachabteilungen, sich auf ihre Themenfelder zu konzentrieren.
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen QM und dem Pflege-QM-Team, zum Beispiel bei der Durchführung von internen Audits
- Das Thema Wissensmanagement wurde 2018 strukturiert bearbeitet. Hier liegt der Lead im Bereich Bildung und Beratung. Das Qualitätsmanagement begleitet diesen Prozess aktiv, z.B. zum Abbilden der Pflichtfortbildungen.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das GZF wird den eingeschlagenen Weg zur Straffung der Organisation und der Ausrichtung des Angebotes an die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten konsequent weitergehen. Dies zeigt sich an der Ausrichtung des Gesamtunternehmens auf die ISO 9001.

## 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 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](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden
<i>Akutsomatik</i>		
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	√	√
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	√	√
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	√	√
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz	√	√
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	√	√

### **Bemerkungen**

Aufgrund der Reorganisation am Standort Laufenburg wurden die Postoperativen Wundinfektionen mit der Schliessung des dortigen Operationsaals bis August 2018 erfasst. Da am Standort Laufenburg keine Operationen mehr durchgeführt werden, wurde die Erfassung Postoperativer Wundinfektionen ab September 2018 eingestellt.

### 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:	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden
<i>Patientenzufriedenheit</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interne Kundenzufriedenheitsbefragung</li> </ul>	√	√
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interne Kundenzufriedenheitsbefragung für Patientinnen des interdisziplinären Brustzentrums</li> </ul>		√

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:		Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Protokoll Bewegungseinschränkende Massnahmen</li> </ul>		√	√

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

##### Qualitätsmanagementsystem nach ISO 9001

<b>Ziel</b>	Einheitliche und transparente unternehmerische Prozesse
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamter Spitalbereich
<b>Standorte</b>	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2017 bis 2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Verbesserung der gesamten Organisation über alle Standorte des GZF
<b>Methodik</b>	Erfassung IST-Zustand, Zuordnung aller unternehmensrelevanten Dokumente in eine strukturierte Dokumentenlenkung, Überprüfung und Strukturieren der Prozesse inkl. der dazugehörigen Formulare.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Qualitätsmanagement und alle Berufsgruppen im GZF beim Roll out
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Transparente Prozessbeschreibungen in der Logik eines Qualitätsmanagementsystems

##### Zutritts- und Schliesskonzept

<b>Ziel</b>	Rückverfolgbare Zutrittskontrolle zu allen medizinisch genutzten Räumen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamter Spitalbereich
<b>Standorte</b>	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2015 - 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Das heutige Schliesssystem mit dem klassischen Schlüssel ist aufgrund der Unternehmensgrösse nicht mehr bewirtschaftbar. Darüber hinaus sind mit klassischen Schlüsseln die Zutritte nicht nachvollziehbar (Sicherheitsproblem).
<b>Methodik</b>	Evaluation eines neuen Schliesssystems, Definition von Raumgruppen, Definition von Berufsgruppen, Entscheid von Zutrittsberechtigungen und schrittweise Einführung.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Qualitätsmanagement, Technik, IT, Personalabteilung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Eingeführtes elektronisches Schliesssystem am Standort Laufenburg bis Ende 2019. Am Standort Rheinfelden ist das Projekt bereits umgesetzt.

## Ersatz der IT-Rettungsdienst-Lösung

<b>Ziel</b>	Ersatz der bestehenden IT-Rettungsdienst-Lösung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Rettungsdienst GZF
<b>Standorte</b>	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2017 - 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Verbesserte Unterstützung der Rettungsdienst-Prozesse
<b>Methodik</b>	Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Rettungsdienst, IT
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Projekt

## Einführung einer elektronischen Medikationslösung

<b>Ziel</b>	Einführung elektronischer Medikationsprozess
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamter Spitalbereich und angegliederte Pflegeheime
<b>Standorte</b>	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2018 bis 2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Steigerung der Medikationssicherheit
<b>Methodik</b>	Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Pflegende, Apotheke, IT
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Projekt

## Patient Blood Management

<b>Ziel</b>	Das interdisziplinäre multimodale Massnahmenpaket zur Steigerung der Patientensicherheit, Behandlungs- und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Anästhesie (federführend) und alle medizinischen Bereiche des GZF
<b>Standorte</b>	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Steigerung der Patientensicherheit, Behandlungssicherheit und höhere Lebensqualität der Patienten
<b>Methodik</b>	Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Anästhesie (Federführung)
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	interne Evaluation

## 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 2011 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

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

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



## 4.5 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 und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/saqm/\\_service/forum\\_medizinische\\_register.cfm](http://www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	Standorte
<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>	2014	Alle
<b>SAFW DB</b> Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG <a href="http://www.safw.ch">www.safw.ch</a>	2011	Alle
<b>SBCDB</b> Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie <a href="http://www.sbcdb.ch">www.sbcdb.ch</a>	2016	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden
<b>KR Aargau</b> Krebsregister Aargau	Alle	<a href="http://krebsregister-aargau.ch/">http://krebsregister-aargau.ch/</a>	2013	Alle

## 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	Standorte	Kommentare
HSH-Zertifizierung	Reanimationsmassnahmen am GZF	2009	2018	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden	Borderzone Experience, "herzsichere Krankenhäuser", perfektes Notfallmanagement
Nachweis der Qualität und Leistungsfähigkeit der Stationären Langzeitpflege im Kanton Aargau	Pflegeheime Rheinfelden und Laufenburg	2011	2017	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden	Erfüllen der kantonalen Anforderungen
Anerkennung des Rettungsdienstes	Interverband für Rettungswesen (IVR)	2012	2016	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg	Re-Zertifizierung 2016
ISO 9001	GZF	2017	2018	Alle	Erst-Zertifizierung und Überwachungsaudit 2018 ohne Einschränkungen
Q-Label von der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie	Interdisziplinäres Brustkrebszentrum Rheinfelden	2017	2018	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden	Erstzertifizierung 2017, gültig bis 2021
Fachliche Anforderungen an Brustkrebszentren (FAB) der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert	Interdisziplinäres Brustkrebszentrum Rheinfelden	2018	2018	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden	Erstzertifizierung 2018, gültig bis 2022

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

#### Messergebnisse

Fragen		Vorjahreswerte 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
<b>Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg</b>			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?		4.23	4.11 (3.91 - 4.30)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?		4.70	4.58 (4.38 - 4.78)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?		4.64	4.57 (4.38 - 4.75)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?		4.50	4.49 (4.23 - 4.75)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?		3.99	4.00 (3.76 - 4.23)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?		91.70	92.70 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017			181
Anzahl eingetreffener Fragebogen	57	Rücklauf in Prozent	31 %
<b>Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden</b>			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?		4.27	4.20 (4.09 - 4.31)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?		4.66	4.59 (4.48 - 4.71)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?		4.65	4.57 (4.46 - 4.68)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?		4.49	4.40 (4.25 - 4.55)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?		4.03	4.04 (3.90 - 4.18)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?		95.60	90.80 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017			377
Anzahl eingetreffener Fragebogen	165	Rücklauf in Prozent	44 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

\* 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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2017 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Interne Kundenzufriedenheitsbefragung

Die Befragung mittels Patientenfragebogen dient als sofortige Feedback-Möglichkeit der Patienten und/oder deren Angehörigen. Eine statistische Auswertung erfolgt intern.

Die Fragebögen wurden 2018 gesichtet und mit den Abteilungen besprochen. Auf Wunsch der ausfüllenden Person erfolgt ein Anruf durch den Leiter Qualitätsmanagement oder eines Mitarbeiters des Qualitätsmanagements.

Die Patienten werden zur ärztlichen und pflegerischen Betreuung, zum Verlauf des Aufenthaltes sowie über die Information befragt. Darüber hinaus wird eine Frage zur Ausstattung und der Weiterempfehlung gestellt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 an allen Standorten durchgeführt.  
Alle Abteilungen des GZF

Alle stationären Patientinnen und Patienten des Akutspitals sind in die freiwillige Befragung eingeschlossen. Sie haben die Möglichkeit, sich auf dem intern entwickelten Fragebogen zu ihrem Aufenthalt im GZF zu äussern oder können mit Freitext Kritik äussern.

Das Rückmeldungsmanagement wird aktiv beworben um Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren. Im Berichtsjahr hatte das GZF über 8'500 stationäre Patientinnen und Patienten, von welchen 1'854 einen Fragebogen retourniert haben.

Auch besteht die Möglichkeit, direkt mit dem Leiter Qualitätsmanagement Kontakt aufzunehmen.

Der interne Ablauf zur Bearbeitung von eingehenden Beschwerden ist beschrieben und wird regelmässig geschult.

Die Patienten haben die Möglichkeit auf einer Skalierung von 6 (beste Wertung) bis 1 (schlechteste Wertung) ihr Befinden in den verschiedensten Themen einzutragen.

Ziel ist es, bei mehr als 95% der Rückläufer die Wertung zwischen 6 und 5 zu erreichen.

So erreichten wir über alle Standorte hinweg einen Zufriedenheitswert von 5.47 für die räumliche Ausstattung als schlechtesten Wert und 5.94 für die ärztliche Betreuung sowie 5.90 für die Weiterempfehlung als beste Werte.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

Fragebogen für Patientinnen und Patienten des Akutspitals

## 5.2.2 Interne Kundenzufriedenheitsbefragung für Patientinnen des interdisziplinären Brustzentrums

Alle stationären Patientinnen des interdisziplinären Brustzentrums sind in die freiwillige Befragung eingeschlossen. Sie erhalten durch die Breast Care Nurse nach dem Aufenthalt ein Fragebogen und haben so die Möglichkeit, sich zu ihrem Aufenthalt im interdisziplinären Brustzentrum des GZF zu äussern oder können mit Freitext Kritik mitteilen.

Das Rückmeldungsmanagement wird aktiv beworben, um Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren. Im Berichtsjahr hatte das interdisziplinäre Brustzentrum des GZF einen Rücklauf der Zufriedenheitsmessung von 123 Fragebogen.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 am Standort „Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden“ durchgeführt.  
Interdisziplinäres Brustzentrum der Frauenklinik GZF

Eingeschlossen sind alle stationären Patientinnen des interdisziplinären Brustzentrums der Frauenklinik des GZF.

Die gemittelten Befragungsergebnisse lassen auf eine hohe Kundenzufriedenheit schliessen. Alle Fragen wurden bei einem möglichen Punktwert von 1 (schlechtestes Ergebnis) und 6 (bestes Ergebnis) zwischen 5.71 (schlechtester Wert) und 5.86 (bester Wert) angegeben.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Fragebogen für Patientinnen des Brustzentrums

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### **Gesundheitszentrum Fricktal AG**

Qualitätsmanagement

Rolf Prions

Leiter Qualitätsmanagement

061 835 67 32

[rolf.prions@gzf.ch](mailto:rolf.prions@gzf.ch)

Montag bis Freitag während den

Büroarbeitszeiten

Stellvertretung ist über das

Direktionssekretariat sichergestellt.

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeber und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheitsmessung 2014

Die Anliegen der Mitarbeitenden werden im GZF ernst genommen. Daher wurden im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung sehr umfangreich die Bedürfnisse in den Punkten Unterstützung und Zusammenarbeit, Arbeitsabläufe, Arbeits- und Hilfsmittel sowie Fragen zum Betriebsklima und den Informationswegen abgefragt.

Die Antworten werden von einem externen Institut ausgewertet.

Die Ergebnisse der Mitarbeiterzufriedenheitsmessung sind zunächst in der Geschäftsleitung, dann mit allen Bereichs- und Abteilungsleitungen thematisiert worden. Im Anschluss wurden während des Berichtsjahres Massnahmen, insbesondere in der Verbesserung des Informationsflusses abgeleitet.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2014 an allen Standorten durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2019.

Alle Mitarbeitende des GZF

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	NPO PLUS
Methode / Instrument	PZ Benchmark



## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

#### Messergebnisse

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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

#### Begründung

Die zugestellten Resultate der Rehospitalisationsraten für die Standorte Rheinfelden und Laufenburg Entsprechen den erwarteten Ergebnissen und sind im Ergebnis mit einem grünen Punkt versehen.

Dennoch hat sich das GZF gegen eine Publikation entschieden.

Die publizierten Ergebnisse der Rehospitalisationsraten sind für das GZF nicht nachvollziehbar, da der angewendete Algorithmus nicht veröffentlicht wird und somit für die Leistungserbringer keine Möglichkeit besteht, die veröffentlichten Daten zu überprüfen.

Für den Standort Rheinfelden sind 141 Rehospitalisationen bei insgesamt 3'755 auswertbaren Austritten ausgewiesen.

Für den Standort Laufenburg sind 110 Rehospitalisationen bei insgesamt 1'889 auswertbaren Austritten ausgewiesen.

Im Jahr 2017 hatte das GZF allerdings 8'543 stationäre Austritte, von welchen offensichtlich nur 5'644 eingeschlossen wurden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den 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 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 Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden
▪ Hernienoperationen	√	
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)	√	√
▪ Kaiserschnitt (Sectio)		√
▪ Gebärmutterentfernungen (Summe)		√
▪ Gebärmutterentfernungen (vaginal)		√
▪ Gebärmutterentfernungen (abdominal)		√

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2017 – 30. September 2018

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
<b>Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg</b>						
Hernienoperationen	76	1	0.00%	0.00%	0.00%	1.30% (0.00% - 7.10%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	5	0	6.50%	2.50%	0.00%	0.00% (0.00% - 52.20%)
<b>Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden</b>						
*** Dickdarmoperationen (Colon)	17	2	6.50%	2.50%	0.00%	11.80% (1.50% - 36.40%)
Kaiserschnitt (Sectio)	181	0	0.00%	1.00%	2.20%	0.00% (0.00% - 2.00%)
Gebärmutterentfernungen (Summe)	137	3	0.00%	0.00%	1.20%	2.20% (0.50% - 6.30%)
Gebärmutterentfernungen (vaginal)	8	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 36.90%)
Gebärmutterentfernungen (abdominal)	129	3	0.00%	0.00%	1.40%	2.30% (0.50% - 5.50%)

\* 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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
--------------------------------	-----------

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](http://www.anq.ch), [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu) und [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze)

#### Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

	2015	2016	2017	2018
<b>Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	0	1	
In Prozent	0.00%	0.00%	9.10%	-
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	Anteil in Prozent (Antwortrate) 2017			-
<b>Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	2	1	
In Prozent	0.00%	4.20%	1.50%	-
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	Anteil in Prozent (Antwortrate) 2017			-

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq 18</math> Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften.

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

#### Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
<b>Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	1		-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017		Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 2017			-	
<b>Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0		-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017		Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 2017			-	

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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq</math> 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern).</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

### 14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

#### 14.1.1 Protokoll Bewegungseinschränkende Massnahmen

Bewegungseinschränkende Massnahmen bei Patienten sind aus Sicherheitsgründen teilweise unumgänglich.

Die Massnahmen sind entsprechend dem "Neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht" vom 01.01.2013 genau beschrieben.

Die Begründung und die Beschreibung der durchgeführten Massnahmen werden im GZF in der elektronischen Patientendokumentation erfasst. Hierfür wird ein im Intranet verfügbares Protokoll 'Bewegungseinschränkende Massnahmen' ausgefüllt und in der elektronischen Patientendokumentation abgelegt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 an allen Standorten durchgeführt.  
Alle Abteilungen des Akutspitals

Erfasst werden alle Patienten, bei welchen bewegungseinschränkende Massnahmen angewendet werden.

Bei allen bewegungseinschränkenden Massnahmen wird das Vorgehen mit Patienten / Bewohnern und / oder deren Angehörigen besprochen. Grundsätzlich werden in der Gesundheitszentrum Fricktal AG bewegungseinschränkende Massnahmen äusserst zurückhaltend angewendet und Alternativmassnahmen bevorzugt.

Im Berichtsjahr wurden 228 Protokolle mit bewegungseinschränkenden Massnahmen erfasst und ausgewertet.

Bewegungseinschränkende Massnahmen werden alle erfasst und im Einzelfall diskutiert. Teilweise werden bewegungseinschränkende Massnahmen auch von den Patienten zu ihrer eigenen Sicherheit gewünscht.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Protokoll Bewegungseinschränkende Massnahmen
---	--



## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Individuelle Fallbesprechungen auf den Pflegeabteilungen

Das Projekt wird an den Standorten „Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg“, „Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden“ durchgeführt.

Fallbesprechungen sind fester Bestandteil des Qualitätsmanagements in der Pflege.

Zwei Durchführungen pro Jahr sind pro Akutabteilungen obligatorisch, bei speziellen Fragestellungen können weitere Fallbesprechungen beim Team Qualitätsmanagement in der Pflege eingefordert werden.

Im Berichtsjahr 2018 wurden auch die Pflegeheimabteilungen in die Fallbesprechungen mit einbezogen und je Abteilung vier Fallbesprechungen durchgeführt.

Ziel der Fallbesprechungen ist die Sicherung der Pflegequalität durch Reflexion des eigenen Handelns, Erweiterung der Professionalität sowie Lösungsentwicklung für konkrete, individuelle pflegerische Fragestellungen. Themen sind: Pflegedokumentation, Formulierung von Massnahmen zu Psyche/Verhalten, Kommunikation, Pflegevisite, Information mit Bewohnern und Angehörigen, Teamkommunikation, Umgang mit demenzten Bewohnern, Umgang mit aggressiven Bewohnern, Aggression/Gewalt, Selbst- oder Fremdgefährdung, Betreuung der Lernenden, Bewohnerautonomie oder auch palliative Pflege.

#### 18.1.2 Interne Audits der Pflegedokumentation

Das Projekt wird an den Standorten „Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg“, „Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden“ durchgeführt.

Im Berichtsjahr 2018 wurden im Hinblick auf das Überwachungsaudit ISO 9001 auf allen Abteilungen interne Audits der Pflege durchgeführt.

Ziel war es, die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses zu überprüfen und nachzuvollziehen, ob diese in der Dokumentation sichtbar waren. Auch beinhaltet das Audit die pflegerischen Massnahmen zu reflektieren und mögliche Optimierungen zu diskutieren.

#### 18.1.3 Reorganisation Dokumentenlenkung

Das Projekt wird an den Standorten „Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg“, „Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden“ durchgeführt.

Im Rahmen der Vorbereitung zur Zertifizierung nach ISO 9001 wurde die Dokumentenlenkung im internen Dokumentenmanagement neu erarbeitet und begonnen, das bisherige, gewachsene System in eine neue Form zu bringen.

Hierfür wurden Definitionen einzelner Dokumententypen entwickelt und in eine einheitliche Form gebracht. Darüber hinaus wurde für das System der internen Dokumentenlenkung (Zentrale Kartei) ein Update durchgeführt und in Anlehnung an das Organigramm klarer strukturiert.

Ziel ist es, die gesamte interne Dokumentenlenkung 2019 in einem einheitlichen Bild und klar strukturiert abzubilden.

#### 18.1.4 Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2015

Das Projekt wird an den Standorten „Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg“, „Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden“ durchgeführt.

Das GZF hat sich im Sinne der Transparenz entschieden, die internen Abläufe und Dienstleistungen an der ISO 9001 auszurichten und dies im Rahmen einer Zertifizierung von einer unabhängigen Zertifizierungsstelle überprüfen zu lassen.

Überprüft wurden die ambulante, stationäre, ärztliche, pflegerische und therapeutische Patientenbetreuung, Diagnostik, Therapie, ausserklinische medizinische Notfallversorgung und Patiententransporte sowie die Schnittstellen zu den zentralen Verwaltungs- und Versorgungseinrichtungen.

Im Berichtsjahr 2018 fand das erste Überwachungsaudit statt. Alle auditierten Bereiche bestanden das externe Audit im September 2018 ohne Einschränkungen.

#### 18.1.5 Zertifizierung Wundambulatorium

Das Projekt wird an den Standorten „Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg“, „Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden“ durchgeführt.

Im Berichtsjahr 2018 stand für den Standort Rheinfelden die Re-Zertifizierung des durch die Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung (SAfW) sowie die Erstzertifizierung für den Standort Laufenburg an.

Ziel war es, die Anerkennung als Wundzentrum zu erhalten bzw. zu erlangen. Die Vorbereitung betraf alle für die Wundbehandlung beteiligten Berufsgruppen.

Die Dokumente wurden im September 2018 eingereicht. Ende 2018 erfolgte die Anerkennung als Wundzentrum an beiden Standorten.

#### 18.1.6 Einführung Qualitätssoftware im Rettungsdienst

Das Projekt wird am Standort Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg durchgeführt.

Die Anforderungen an die Qualität der Leistungen sowie die Verfügbarkeit von Dokumenten im Einsatz ist für den Rettungsdienst eine anspruchsvolle Herausforderung.

Im Berichtsjahr wurde für den Rettungsdienst eine Software-Lösung gesucht, welche einen schnellen Überblick in allen Aufgabenbereichen gewährleistet, die Kommunikation aller Beteiligten unterstützt sowie eine effiziente Prozessplanung und Prozessüberwachung gewährleistet.

Nach der Evaluation wurde ein geeignetes Softwareprodukt identifiziert und im Rettungsdienst eingeführt.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

### 18.2.1 Planung Gastroenterologie

Das Projekt wurde am Standort Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfeldern durchgeführt.

Die Untersuchungsräumlichkeiten der Gastroenterologie am Standort Rheinfeldern waren alt und die Prozesse entsprechen nicht mehr den heutigen Anforderungen.

Daher wurde im Berichtsjahr die Planung für den Umbau der Gastroenterologie im Jahr 2019 durchgeführt.

Hierfür fanden diverse Planungsbesprechungen mit allen involvierten Berufsgruppen statt. Das Kernstück einer Gastroenterologie ist die Aufbereitung. Hier sind höchste hygienische Anforderungen zu erfüllen, damit die Endoskope ordnungsgemäss aufbereitet und sicher gelagert werden. Auch die Nachvollziehbarkeit aller durchgeführten Massnahmen ist von hoher Bedeutung.

Im Rahmen der intensiven Planungsgespräche konnte eine sehr gute Lösung innerhalb der bestehenden Räumlichkeiten gefunden werden. Die Realisierung erfolgte in den ersten Monaten 2019.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Re-Zertifizierung Rettungsdienst

Die Zertifizierung wird am Standort Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg durchgeführt.

Alle drei Jahre wird die Qualität der Leistungen unseres Rettungsdienstes vom Interverband der Rettungsdienste (IVR) überprüft. Die nächste Prüfung ist für 2019 vorgesehen. Daher bewurde 2018 bereits mit den vorbereitenden Arbeiten begonnen.

### 18.3.2 Überwachungsaudit ISO 9001

Die Zertifizierung wird an den Standorten „Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg“, „Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden“ durchgeführt.

Nach der Erst-Zertifizierung nach ISO 9001 im Jahr 2017 wurde der eingeschlagene Weg 2018 fortgeführt.

Die Dokumentenlenkung, die internen Audits und die Identifikation von Chancen und Risiken waren im gesamten Berichtsjahr immer wieder Thema.

Nach der erfolgreichen Erstzertifizierung folgte 2018 dann das erste Überwachungsaudit, welches ohne Einschränkungen bestanden wurde.

### 18.3.3 Anerkennung Wundzentrum

Die Zertifizierung wird an den Standorten „Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg“, „Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden“ durchgeführt.

Im Berichtsjahr stand die Re-Anerkennung des Wundambulatoriums durch die Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung (SAfW) an.

Der Standort Laufenburg, an welchem ebenfalls eine Wundsprechstunde stattfindet, wurde im Rahmen der Re-Anerkennung erstzertifiziert.

Somit erfüllen die Wundambulatorien an beiden Spitalstandorten des GZF die Qualitätsanforderungen des SAfW und sind als Wundbehandlungszentrum anerkannt.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Das GZF blickt optimistisch in die Zukunft. Unsere Strategie zeigt, dass die hohe Qualität unserer Leistungen im GZF oberste Priorität hat.

Die zahlreichen Massnahmen, die im Berichtsjahr 2018 initiiert und umgesetzt wurden, verdeutlichen unsere Anspruchshaltung. So wird das GZF den Bedürfnissen der Bevölkerung nach einer hohen medizinischen Qualität auch weiterhin gerecht werden.

## 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](http://spitalinfo.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Laufenburg	Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden
<b>Basispaket</b>		
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	√	√
<b>Haut (Dermatologie)</b>		
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	√	√
Dermatologische Onkologie	√	√
Wundpatienten	√	√
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>		
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	√	√
Hals- und Gesichtschirurgie	√	√
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	√	√
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)	√	√
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	√	√
Kieferchirurgie	√	√
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>		
Kraniale Neurochirurgie		√
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>		
Neurologie	√	√
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems	√	√
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)	√	√
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)	√	√
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>		
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie		√
<b>Hormone (Endokrinologie)</b>		
Endokrinologie	√	√

<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>		
Gastroenterologie	√	√
Spezialisierte Gastroenterologie	√	√
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>		
Viszeralchirurgie	√	√
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)	√	√
<b>Blut (Hämatologie)</b>		
Aggressive Lymphome und akute Leukämien	√	√
Indolente Lymphome und chronische Leukämien	√	√
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome	√	√
Autologe Blutstammzelltransplantation	√	√
<b>Gefäße</b>		
Interventionen periphere Gefäße (arteriell)	√	√
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)	√	√
<b>Herz</b>		
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	√	√
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	√	√
<b>Nieren (Nephrologie)</b>		
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	√	√
<b>Urologie</b>		
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	√	√
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	√	√
Radikale Prostatektomie	√	√
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>		
Pneumologie	√	√
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>		
Chirurgie Bewegungsapparat	√	√
Orthopädie	√	√
Handchirurgie	√	√
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	√	√
Arthroskopie des Knies	√	√
Rekonstruktion obere Extremität	√	√
Rekonstruktion untere Extremität	√	√
Wirbelsäulenchirurgie	√	√
Plexuschirurgie	√	√
Replantationen	√	√
<b>Rheumatologie</b>		
Rheumatologie	√	√
Interdisziplinäre Rheumatologie	√	√
<b>Gynäkologie</b>		
Gynäkologie		√
Maligne Neoplasien des Corpus uteri		√
Maligne Neoplasien des Ovars		√
Maligne Neoplasien der Mamma		√
<b>Geburtshilfe</b>		
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und >= 2000g)		√
<b>Neugeborene</b>		
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und >= 2000g)		√

Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)		√
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>		
Onkologie	√	√
Nuklearmedizin	√	√
<b>Schwere Verletzungen</b>		
Unfallchirurgie (Polytrauma)	√	√



## 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/dienstleistungen/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/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 für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

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/servicenav/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



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](http://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](http://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](http://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**).