

# Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

14.05.2023  
Daniel Schibler, Vorsitz Geschäftsleitung Asana Gruppe AG

Version



**Asana Spital Leuggern AG**

[www.spitalleuggern.ch](http://www.spitalleuggern.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 2023.

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 Patientinnen und Patienten 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 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 2023

Herr  
Ramon Soler  
Qualitätsverantwortlicher  
0562694101  
[ramon.soler@spitalleuggern.ch](mailto:ramon.soler@spitalleuggern.ch)

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

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. Die H+ Qualitatsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten; die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) dargestellt werden können.

Die Herausforderungen für die Spitäler und Kliniken haben erneut zugenommen: Personalmangel, Teuerung und nicht-kostendeckende Tarife verschärfen die Situation weiter. Viele Spitäler und Kliniken müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

In einigen Spitälern und Kliniken laufen bereits erste, interne Vorbereitungen an, für die Umsetzung des Qualitatsvertrags nach Art. 58a. Dieser wird voraussichtlich 2024 in Kraft treten. Wir freuen uns, dass die Spitäler und Kliniken die ersten Leistungserbringer sind, welche diese gesetzliche Vorgabe erfüllen und einen Qualitatsvertrag ausarbeiten konnten.

Der Qualitätsbericht 2023 ist optimiert aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Zudem werden im aktuellen Qualitätsbericht erstmals die Ergebnisse der Rehospitalisationen mit der neuen Methode ausgewiesen. Diese Ergebnisse wurden basierend auf den BFS-Daten 2021 ausgewertet, mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken weiterhin die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Das Ausfüllen und die Ausgabe wurden zusätzlich optimiert.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](http://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 den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</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 2023 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023 .....	8
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 .....	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	13
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren .....	14
4.5 Registerübersicht .....	15
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	16
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>17</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>18</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>18</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	18
5.2 Eigene Befragung .....	20
5.2.1 Rollierende Befragung der allgemeinen Patientenzufriedenheit .....	20
5.2.2 Befragung für ambulante Patienten, Besucher, Kunden, Lieferanten .....	20
5.2.3 Befragung in der Notfallabteilung ASL .....	21
5.3 Beschwerdemanagement .....	22
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>23</b>
8.1 Eigene Befragung .....	23
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit Spital Leuggern .....	23
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>24</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>24</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>24</b>
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen .....	24
<b>10 Operationen</b> .....	<b>26</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	26
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>27</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	27
11.2 Eigene Messung .....	29
11.2.1 Nosokomiale Infektionen Prävalenzstudie (NIP) .....	29
<b>12 Stürze</b> .....	<b>30</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	30
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>32</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	32
<b>Messungen in der Psychiatrie</b> .....	<b>0</b>
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	

	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
<b>15</b>	<b>Symptombelastung psychischer Störungen</b>	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
	<b>Messungen in der Rehabilitation</b> .....	<b>0</b>
<b>16</b>	<b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b>	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
	<b>Weitere Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>34</b>
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung</b> .....	<b>34</b>
17.1	Weitere eigene Messung .....	34
17.1.1	Medikationsfehler (Akutsomatik) .....	34
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>35</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	35
18.1.1	Prozessmanagement .....	35
18.1.2	Sichere Medikation.....	36
18.1.3	Händehygiene Compliance HHC .....	36
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023 .....	37
18.2.1	SanaCERT Zertifizierung im Netzwerk .....	37
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	38
18.3.1	sanaCERT suisse Zertifizierung.....	38
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>39</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....	<b>40</b>
	Akutsomatik .....	40
	<b>Herausgeber</b> .....	<b>42</b>

# 1 Einleitung

Alle Spitäler und Pflegeheime sind gesetzlich verpflichtet, ihre Qualität zu sichern und offenzulegen. Im Kanton Aargau ist die Qualitätssicherung eine Bedingung für einen Platz auf der Spitalliste. Der Erfolg eines Unternehmens hängt massgeblich von der geleisteten Qualität und vom Ruf ab. Das bedeutet, Qualität darf nicht durch äusseren Druck entstehen sondern es muss das Anliegen und Bemühen jedes Mitarbeitenden sein, täglich eine Höchstleistung zu erbringen. Dass dies in den beiden Spitälern und den beiden Pflegeheimen der Asana Gruppe AG der Fall ist, belegt das erneut hervorragende Abschneiden bei den Audits zur Re-Zertifizierung durch sanaCERT Suisse.

Die Asana Gruppe AG leistete bereits im Jahr 2014 Pionierarbeit. Damals wurde die Asana Gruppe zum ersten Mal auditiert. Die Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung ist eine spezialisierte Zertifizierungsstelle im Gesundheitswesen. Wer das Zertifikat nach sanaCERT Suisse vorweisen kann, musste eine anspruchsvolle Überprüfung über sich ergehen lassen. Als erste Spitalgruppe in der Schweiz hat die Asana Gruppe AG ein gemeinsames Qualitätsmanagementsystem für zwei Akutspitäler und zwei Pflegeheime entwickelt, umgesetzt und bereits dreimal überprüfen lassen.

Seit Dezember 2012 arbeiten acht Projektgruppen an der Entwicklung von acht Standards. 2017 kam ein neuer Standard dazu.

Folgende Standards wurden seither zertifiziert:

- Grundstandard Qualitätsmanagement
- Standard: Schmerzbehandlung
- Standard: Umgang mit kritischen Zwischenfällen
- Standard: Patienteninformation
- Standard: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation
- Standard: Rettungsdienst
- Standard: Palliative Betreuung
- Standard: Dekubitusvermeidung und -behandlung
- Standard: Sichere Medikation

Die Auditoren, Experten aus anderen Spitälern und Pflegeheimen, beurteilen wieweit die Qualitätsstandards erfüllt und wo noch Verbesserungen angebracht sind.

## **Asana Gruppe AG erhält erneut Bestnoten**

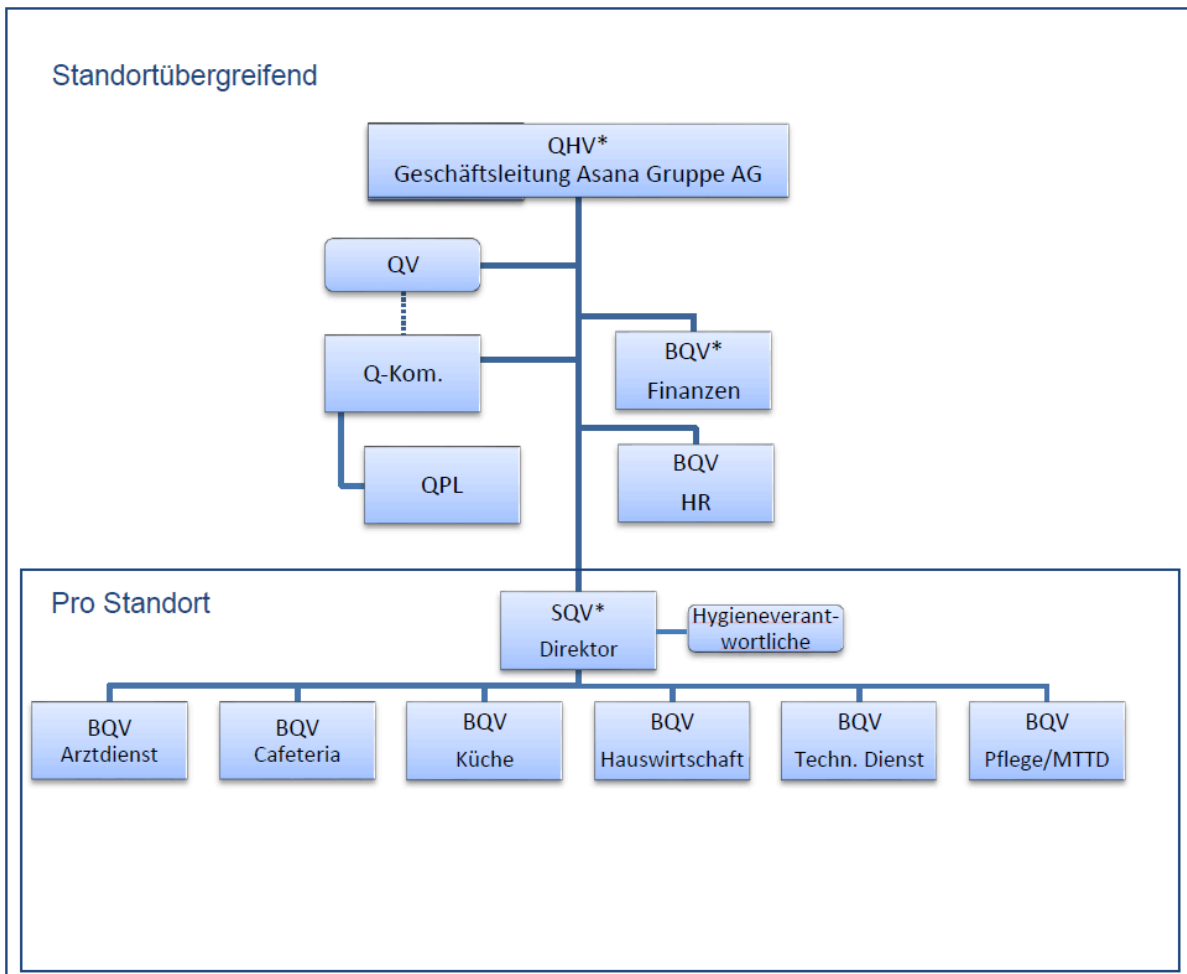
Nach dem erfolgreichen Erstaudit im Jahr 2014 und Bestätigung durch die Re-Zertifizierung im Jahr 2017 und im Jahr 2020, folgte der Härtestest Mitte September 2023. Die beiden Standorte mussten das sanaCERT Audit diesmal im Netzwerk, ein neues umfangreicheres Verfahren, bestehen. Während zwei Tagen sind die Asana Spitäler und Pflegeheime von Leuggern und Menziken durch fünf Auditoren (Experten aus anderen Spitälern und Pflegeheimen) überprüft worden. Das Resultat lässt sich sehen: Die Asana Gruppe hat 30 Punkte erhalten, für die Zertifizierung hätten 25 Punkte gereicht. Auf dieses Ergebnis dürfen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und alle Belegärztinnen und Belegärzte, die in der täglichen Arbeit ihr Bestes geben, stolz sein.

Auf kantonaler Ebene positioniert sich die Asana Gruppe durch diese externe Bestätigung eines funktionierenden Qualitätsmanagements verstärkt als bedarfsgerechter, wirtschaftlich und qualitativ hochstehender Leistungserbringer in der Grundversorgung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie alle Belegärztinnen und Belegärzte der Spitäler und Pflegeheime der Asana Gruppe nehmen ihre Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung und in der Patientensicherheit wahr. Qualität ist dabei Ausdruck ihrer Orientierung an den Patientinnen und Patienten, den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie an weiteren Anspruchsgruppen und direkter Massstab für ihre tägliche Arbeit ganz im Sinne ihres Mottos: "Mir läbed Nöchi".

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 **100** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Ramon Soler  
 Qualitätsverantwortlicher  
 056 269 41 01  
[ramon.soler@spitalleuggern.ch](mailto:ramon.soler@spitalleuggern.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### Unsere Qualitätsstrategie

Wir nehmen unsere Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung und in der Patientensicherheit wahr. Qualität ist dabei Ausdruck unserer Orientierung am Patienten, am Bewohner sowie an weiteren Anspruchsgruppen und direkter Massstab für unsere tägliche Arbeit. Die Qualität muss sichtbar und in einem ständigen Kreislauf verbessert werden.

#### Unsere Qualitätskultur

- **Qualität geht uns alle an! (Hauptbotschaft)**
- **PatientInnen und Kundinnen stehen im Zentrum unseres Handelns.** Das Erfüllen von Bedürfnissen, die Freude an der eigenen Arbeit und das Einbeziehen der Unternehmenskultur heisst auch: Patientinnen und Kundinnen stehen im Zentrum des Handelns.
- **Wir übernehmen aktiv Verantwortung und verbessern uns stetig.** In Eigenverantwortung zu handeln heisst auch: Wir übernehmen aktiv Verantwortung.
- **Wir leben vor.** Durch das beispielhafte Verhalten der täglichen Arbeit lebe ich vor.
- **Wir handeln unternehmensbezogen.** Eine hohe Fachkompetenz, ein sehr gutes soziales Verhalten und Verantwortung übernehmen heisst auch: Wir handeln unternehmensbezogen.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023

- Die ANQ Messungen werden gemäss ANQ-Messplan durchgeführt
- Das Zertifizierungsaudit im Netzwerk durch sanaCERT suisse ist erfolgreich
- Einführung eines neuen Klinikinformationssystem

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

- 4 ANQ Messungen wurden Termingerech und erfolgreich durchgeführt  
Die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wurde durch ANQ abgesagt
- Das sanaCERT Zertifizierungssaudit im Netzwerk nach der Norm EN ISO/IEC 17021:2011 war erfolgreich.
- Die Einführung eines neuen Klinikinformationssystem konnte erfolgreich umgesetzt werden.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Der Verwaltungsrat der Asana Gruppe AG hat die Prioritätenliste Qualität der GL Asana AG genehmigt:

- Menschliche und fachliche Kompetenz
- Zufriedenheit aller Anspruchsgruppen (Patientinnen- und Patientenzufriedenheit, Zufriedenheit der Angehörigen, Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterzufriedenheit, Zuweiserinnen- und Zuweiser Zufriedenheit)
- Ergebnisse der Messungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) über den CH-Durchschnitt
- Reduktion von Healthcare-assoziierten Infektionen (HAI) in beiden Spitälern und Pflegeheimen
- Erfüllung der kantonalen Qualitätsanforderungen für die Leistungsaufträge im Rahmen der Spitalliste
- Zertifizierung unseres Qualitätsmanagementsystems durch SanaCERT Suisse
- Gelebte Nähe nach dem Claim «Mir läbed Nöchi»

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Austausch zu Checkliste Sichere Chirurgie

### 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"> <li>▪ Rollierende Befragung der allgemeinen Patientenzufriedenheit</li> <li>▪ Befragung für ambulante Patienten, Besucher, Kunden, Lieferanten</li> <li>▪ Befragung in der Notfallabteilung ASL</li> </ul>
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuweiserzufriedenheit Spital Leuggern</li> </ul>
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Infektionen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nosokomiale Infektionen Prävalenzstudie (NIP)</li> </ul>
<i>Weitere Qualitätsmessung: Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikationsfehler</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

##### Einführung Prozessmanagement

<b>Ziel</b>	Das Spital und das Pflegeheim verfügen über IT-gestütztes Prozessmanagementsystem
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Akut- und Langzeitpflege
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	Mehrjahresprojekt
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Siehe Kapitel 18 Qualitätsprojekte im Detail
<b>Methodik</b>	Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Arzt, Pflege, Aktivierung, Physiotherapie, Hauswirtschaft, Technischer Dienst, Küche, u.a.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Interne Audits

##### Optimierung Qualitätsmanagement

<b>Ziel</b>	Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2014 -
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Qualitätssicherung und -entwicklung gemäss Strategie.
<b>Methodik</b>	sanaCERT suisse Zertifizierung nach der Norm EN ISO/IEC 17021:2011
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Interne Audits und externes Re-Zertifizierungssaudit durch sanaCERT suisse
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="http://www.sanacert.ch">www.sanacert.ch</a>

## Befragung der Mitarbeitenden in der Asana Gruppe AG

<b>Ziel</b>	Die Asana Gruppe AG mit den Spitälern Leuggern und Menziken will auch in Zukunft eine attraktive und erfolgreiche Arbeitgeberin sein. Durch die Befragung gewinnt sie wichtige Erkenntnisse.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	Juni 2022 bis Mitte 2023
<b>Begründung</b>	Motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind das wichtigste Gut im Unternehmen
<b>Methodik</b>	Externe Befragung durch icommit, Küssnacht
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Im Rahmen von Kaderworkshops
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="http://www.icommit.ch">www.icommit.ch</a>

### 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.

#### Bemerkungen

Im Jahr 2017 wurde das CIRS Konzept erstmals überarbeitet. Im Jahr 2020 wurden neue Meldekreise implementiert.

CIRS-Meldungen können auch namentlich erfasst werden. In den Jahren 2022 und 2023 wurde das CIRS-Konzept erneut optimiert.

Ausgewählte CIRS-Meldungen werden mittels einer systematischen Fehleranalyse (London-Protokoll) bearbeitet.

Im Rahmen von jährlichen Internen Audits wird die Umsetzung des CIRS Konzepts evaluiert und Massnahmen abgeleitet.

#### 4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2019 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und der Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patientinnen und Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus den folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse <https://asana.ch/index.php?id=667> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

2020 und 2021 organisierte IQM aufgrund der Covid-19-Pandemie keine klinikübergreifenden Peer Reviews.

## 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](http://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>anresis.ch</b> ANRESIS: Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen	Alle Fachbereiche	Institut für Infektionskrankheiten, Bern <a href="http://www.anresis.ch">www.anresis.ch</a>  <a href="http://www.infect.info">www.infect.info</a>	2017
<b>Infreporting</b> Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	seit jeher
<b>MS</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	seit jeher
<b>Prostatektomie-Register</b> Prostatektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie <a href="http://swissurology.ch/register/">swissurology.ch/register/</a>  <a href="http://adjumed.com/support/schnittstellen/familie-urologie/">adjumed.com/support/schnittstellen/familie-urologie/</a>	2012
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a>  <a href="http://siris-spine.com/">siris-spine.com/</a>	2013

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
<b>KR Aargau</b> Krebsregister Aargau	Alle	<a href="http://krebsregister-aargau.ch/">krebsregister-aargau.ch/</a>

<b>NICER</b> Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung <a href="http://www.nicer.org">www.nicer.org</a>
---	------	---

#### 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
2Q	Alle Bereiche	2002	2008	
IVR Anerkennung	Rettungsdienst Leuggern	2007	2022	
sanaCERT suisse	Gesamte Asana Gruppe	2014	2023	
Zertifizierung des EPD (TOZ)	Gesamte Asana Gruppe	2021	2021	Durch Stammgemeinschaft eHealth Aargau
SIWF/ISFM FMH	Innere Medizin Operative Medizin	2016	2022	
«Prädikat UND»	Alle Bereiche	2019	2023	

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

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			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2023 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
<b>Asana Spital Leuggern AG</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.06	4.12	4.47	4.33 (3.65 - 4.84)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.68	4.57	4.80	4.75 (4.02 - 4.84)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.75	4.69	4.76	4.65 (4.16 - 4.82)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.34	4.56	4.67	4.71 (3.61 - 4.85)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.98	4.24	4.28	4.22 (3.54 - 4.49)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	97.40 %	98.00 %	90.90 %	96.90 %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				220
Anzahl eingetreffener Fragebogen	97	Rücklauf in Prozent		44 %

Wertung der Ergebnisse: 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.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden.

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, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten ( $\geq 16$ Jahre) versendet, die im April 2023 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 Rollierende Befragung der allgemeinen Patientenzufriedenheit

Die Asana Gruppe AG führt ganzjährig eine Patientenumfrage mit dem Titel "Mit Ihrer Meinung gestalten Sie mit".

Die Fragebogen und Eingabemethoden der beiden Spitäler sind standortspezifisch und unterscheiden sich daher.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.  
Die Befragung hat in allen Pflegeabteilungen stattgefunden.  
Es werden alle stationären Patientinnen und Patienten eingeschlossen.

Das Instrument ergibt keinen Gesamtscore.

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Das Asana Spital Leuggern führt ganzjährig eine Patientenumfrage mit dem Titel "Mit Ihrer Meinung gestalten Sie mit".

Die Fragen sind in folgende Bereiche gegliedert:

- Der erste Eindruck
- Die pflegerische Betreuung
- Die ärztliche Betreuung
- Die geburtshilfliche Betreuung
- Die Betreuung durch die Anästhesieabteilung und Aufwachraum
- Die Verpflegung und Hotellerie
- Die weiteren Dienstleistungen
- Gesamteindruck

Mittels Fliesstext kann angegeben werden was besonders gut eingeschätzt wird und wo besonderen Verbesserungsbedarf gesehen wird. Es besteht die Möglichkeit anzukreuzen ob man ein persönliches Gespräch wünscht.

Der Fragebogen liegt während dem ganzen Aufenthalt im Patientenzimmer auf. Er kan auch nachträglich mittels QR-Code Online ausgefüllt werden. Beim Austrittsgespräch werden die Patient:innen auf den Fragebogen aufmerksam gemacht.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

### 5.2.2 Befragung für ambulante Patienten, Besucher, Kunden, Lieferanten

Mit dem Kurz-Fragebogen "Ihre Meinung ist uns wichtig!" können Patienten oder deren Angehörige und Besucher, sowie Kunden und Lieferanten mit wenigen Stichworten ein Feedback abgeben.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.  
Alle Abteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse sind unstrukturiert und lassen sich nicht mit Kennzahlen wiedergeben.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

### 5.2.3 Befragung in der Notfallabteilung ASL

#### Plan:

Wir als Mitarbeiter, Leitung Pflege und Ärzte wollen wissen: Wie lange war die Wartezeit im Wartebereich und wurde der Patient, beim Erstkontakt mit dem PP, über die möglichen Wartezeiten informiert. Wurden die Schmerzen und Symptome ausreichend behandelt und wurde er durch die Ärzte genügend aufgeklärt. Ist das Notfall Pflegepersonal auf die Bedürfnisse und Ängste eingegangen.

#### Do:

Das Pflegeteam und die Ärzteschaft werden über die Patientenumfrage informiert. Sie werden zur Mitarbeit angehalten und aufgefordert, den Patienten die digitale oder schriftlichen Umfrage ausfüllen zu lassen. (Auf jedem Patiententischen liegt eine laminierte Folie mit einem QR Code und ein Stapel der Umfragebögen liegen griffbereit beiseite.)

Diese Patientenbefragung haben wir vom 11.04.2023 bis 28.05.2023 durchgeführt.

Notfallabteilung

104 Patient:innen der Notfallstation im Monat September

#### Check:

Mit 104 Umfragen haben wir unsere Patienten vom 11.4 bis 28.05.23 befragt, also über 7 Wochen. Auswertung der Fragebögen:

- **Wartezeit:** 0-30 Min: 64%; 30 - 60 Min: knapp 10%; 60 - 90 Min: 12% und mehr als 90 Min: 12% und davon haben 3 keine Antwort gegeben.
- **Information zur Wartezeit:** 62% wurden gut informiert, 22% recht gut, 10% so lala und 7% wurden nicht informiert. Davon waren 2 Enthaltungen.
- **Behandlung der Schmerzen und Symptome:** 73% waren sehr zufrieden mit der Behandlung, 19% waren zufrieden, 5% waren mässig zufrieden, eine Pat war unzufrieden und 2 Pat haben keine Antwort auf diese Frage gegeben.
- **Aufklärung durch die Ärzte:** 77% wurden gut aufgeklärt, 16% recht gut, 4% mässig, 2% wurden nicht aufgeklärt und jemand hat sich nicht geäussert.
- **Bedürfnisse und Ängste:** bei 75% der Patienten wurden die Bedürfnisse und Ängste gut gestillt, bei 20% recht gut, 2% sagen deutlich nein und drei haben sich nicht geäussert.
- **Äusserungen zur Verbesserung:** 30 Befragte waren rundum sehr zufrieden oder haben uns ein spezielles "Merci" ausgesprochen!  
6 davon wünschten sich kürzere Wartezeiten und haben dies Explizit nochmals erwähnt. Eine schnellere Behandlung zwischen Untersuchung bis Diagnose wäre wünschenswert, ein Pat sprach von Überlastung und ein Pat bemängelte, dass zu wenig Ärzte im Dienst seien, sowie auch jemand der mit dem vielen administrativen Aufwand Mühe hatte. Jemand wünschte mehr Fremdsprachen Kenntnisse. Auch der Wunsch über die Abgabe eines Getränks wurde erwähnt.

#### Act:

- 64% der Patienten wurden in den ersten 30 Min behandelt und 10% innert 30 – 60 Min. d.h. 74% sind in Kürze bis max. 60 Min behandelt worden, was für uns als Notfall eine minimale Verschlechterung bedeutet, im Vergleich mit dem Jahr 2022. D.h. trotzdem, dass 3 von 4 innerhalb einer Stunde behandelt wurden.

12% der Patienten warteten zwischen 60 Minuten und 90 Minuten und 12% warten länger wie 90 Min. Nach wie vor muss sich das PP vermehrt in Erinnerung rufen, den Pat im Wartebereich über die mögliche Wartezeit zu informieren. Immer wieder vorbeischaun, auffordern sich sonst per Notklingel zu melden, falls eine Verstärkung der Schmerzen (Erstabgabe bereits getätigt)

oder sonstigen Bedürfnisse anstehen. Auch mit dem Empfang muss es abgesprochen werden, wenn der Pat schon beim Eintreffen länger warten sollte. (Derselbe Weg ist auch wieder beim Aufheben zu tätigen.)

- 73% waren zufrieden mit der Behandlung der Schmerzen und Symptome. Es zeigt erneut, wie wichtig eine Nachfrage über die Wirkung dessen ist und wie ernst genommen der Pat sich fühlt, wenn über das Wohlergehen nachgefragt wird. Dies kann in jedem Falle noch optimiert werden. An Empathie fehlt es nicht, da doch 95% zufrieden waren mit Eingehen auf die Bedürfnisse und Ängste des Patienten. Ein grosses Lob an unser Notfall Team!
- Seitens ärztlicher Aufklärung gegenüber dem Patienten besteht nach wie vor Handlungsbedarf. Im Vergleich mit dem Jahr 2022 hat es sich ein bisschen verschlechtert. Die Kaderärzte sollten dies gegenüber den Assistenzärzten immer wieder in Erinnerung rufen und dazu auffordern.

Die Auswertung und die daraus folgenden Massnahmen wurden formuliert und werden an der kommenden Teamsitzung besprochen. Auch die Ärzte bekommen eine Auswertung dessen.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Asana Spital Leuggern AG**

Beschwerdemanagement & Vorschlagwesen

im Intranet

Ramon Soler

Qualitätsverantwortlicher

056 269 41 01

[ramon.soler@spitalleuggern.ch](mailto:ramon.soler@spitalleuggern.ch)

Mo.-Fr. 08.00-16.30

Die Asana Gruppe AG hat ein

Kooperationsvertrag mit SPO-

Patientenschutz [www.spo.ch](http://www.spo.ch)

## 8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärztinnen und -ärzte und niedergelassene Spezialärztinnen und -ärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patientinnen und Patienten 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 Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Zuweiserzufriedenheit Spital Leuggern

Am Standort Leuggern wird die Zuweiserbefragung durch den Direktor & den Chefärzten der jeweiligen Kliniken in einem persönlichen Gespräch mit den einzelnen Zuweiser durchgeführt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Da es sich um eine mündliche Befragung handelt, lassen sich die Ergebnisse nicht strukturiert darstellen.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 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 eignen sich davon jedoch nur die folgenden 6 Indikatoren:

#### Messergebnisse

Qualitätsindikatoren	BFS-Daten 2021
<b>Asana Spital Leuggern AG</b>	
Spitalweite Kohorte	550
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	4.4
Kardiorespiratorische Kohorte	4.2
Kardiovaskuläre Kohorte	579
Neurologische Kohorte	6.1
Sonstige medizinische Kohorte	6.3

Zur Risikoadjustierung der ungeplanten Rehospitalisationen werden das Alter, das Geschlecht und eine Vielzahl möglicher komorbider Nebenerkrankungen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Beurteilt wird dabei der Zustand der Patientinnen und Patienten beim Erstaufenthalt (nicht beim Wiedereintritt).

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	
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.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patientinnen und Patienten.</li> <li>▪ 18 Jahre oder älter.</li> <li>▪ Patient/in ist beim Erstaufenthalt nicht verstorben.</li> <li>▪ Patient/in wurde nach Erstaufenthalt nicht direkt an ein anderes Akutspital überwiesen.</li> <li>▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes oder eines Haupt- oder Nebenbehandlungs-Kodes, der gemäss den spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien eine der Kohorten beschreibt.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung erfolgte beim Erstaufenthalt entgegen dem Rat des behandelnden Arztes.</li> <li>▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes für eine psychiatrische Erkrankung oder eine Rehabilitation.</li> <li>▪ Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Klinik (Krankenhaustypologie «K211» und «K212») oder einer Rehabilitationsklinik («K221») oder Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Hauptkostenstelle («M500»), einer Hauptkostenstelle für Rehabilitation («M950») oder einer pädiatrischen Hauptkostenstelle («M400»).</li> <li>▪ Erstaufenthalt zur ausschliesslichen medizinischen Behandlung eines Krebsleidens, ohne einen chirurgischen Eingriff (dieses Ausschlusskriterium betrifft nur den spitalweiten Indikator und seine Kohorten, weil die diagnose- und eingriffs-spezifischen Indikatoren in jedem Fall auf spezifische Diagnosen bzw. Eingriffe ausgerichtet sind).</li> <li>▪ Fehlen eines ausreichenden Nachverfolgungszeitraumes von 30 Tagen nach der Entlassung (z.B. im Dezember am Ende des Jahres der aktuellen Untersuchungsperiode), sodass nicht bestimmt werden kann, ob eine Rehospitalisation, während 30 Tagen erfolgte.</li> <li>▪ Beim betreffenden Erstaufenthalt handelt es sich bereits um eine ungeplante Rehospitalisation während 30 Tagen eines vorhergehenden Erstaufenthalts mit dem gleichen Grundleiden.</li> <li>▪ Patient/in lebt im Ausland.</li> <li>▪ Vorhandensein einer mit mikrobiologischem Nachweis bestätigten COVID-19 Diagnose.</li> </ul>

## 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](http://www.anq.ch) und [www.siris-implant.ch](http://www.siris-implant.ch)

#### Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

#### Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2017 bis 31.12.2020

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2017 - 2020	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2017 - 2020	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %		Adjustierte Revisionsrate % 2017 - 2020
			2015 - 2018	2016 - 2019	
<b>Asana Spital Leuggern AG</b>					
Primäre Hüfttotalprothesen	550	4.40%	2.00%	3.00%	4.20%
Primäre Knieprothesen	579	6.10%	4.30%	5.00%	6.30%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2023 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2017 bis Dezember 2020. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2022.

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patientinnen und Patienten mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten, 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](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

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

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2022/2023	2022/2023	2019/2020	
<b>Asana Spital Leuggern AG</b>						
Gallenblasen-Entfernungen	55	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Blinddarm-Entfernungen	34	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	6	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	13	0	-	-	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 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2022/2023	2022/2023	2019/2020	
<b>Asana Spital Leuggern AG</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	153	1	1.00%	0.00%	1.00%	1.10% (0.20% - 8.10%)

\* 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 Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patientinnen und Patienten ( $\geq 16$ Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patientinnen und Patienten ( $\leq 16$ Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

### Bemerkungen

Postoperative Wundinfektionen werden bereits seit Jahren erfasst. Das Asana Spital Leuggern liegt oft unterhalb oder innerhalb des Benchmarks. Um auch künftig die Zahlen strukturiert zu erfassen und mittels geeigneter Massnahmen niedrig zu halten, kooperiert das Asana Spital Leuggern mit der Abteilung Infektionsprävention des Kantonsspitals Aarau (KSA). Eine allfällige Teilnahme am Interventionsmodul SSI von Swissnoso wird ebenfalls mit dem KSA koordiniert.

## 11.2 Eigene Messung

### 11.2.1 Nosokomiale Infektionen Prävalenzstudie (NIP)

Mit Prävalenzmessungen nosokomialer Infektionen wird zu einem bestimmten Zeitpunkt die Häufigkeit von nosokomialen Infektionen erfasst. In den Spitälern der Asana Gruppe werden jährlich diese Messungen auf allen Abteilungen durch eine externe Stelle durchgeführt.

Diese Messung haben wir im Monat Mai durchgeführt.

Alle Pflegestationen, Operationsbereich, Notaufnahme, Aufwachraum/Tagesklinik und in Leuggern Geburtshilfe

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse sind nicht risikoadjustiert und lassen daher keine vergleichende Interpretation zu. Die absolute Zahl ist klein. Somit können die tatsächlichen Häufigkeiten von Infektionen nicht korrekt eingeschätzt werden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Infektiologie und Spitalhygiene Kantonsspital Aarau
Methode / Instrument	NIP

## 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 Patientinnen und 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) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

#### Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. *Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 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.*

#### Messergebnisse

	2018	2019	2022	2023
<b>Asana Spital Leuggern AG</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	1	0	–
In Prozent	3.20%	3.20%	0.00%	–
Residuum* (CI** = 95%)	0.03 (-0.41 - 0.47)	0.04 (-0.49 - 0.57)	-0.03 (-0.71 - 0.64)	– (–)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

\* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

\*\* 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.

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/).

### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Sturzereignisse lassen sich trotz Präventionsmassnahmen nicht völlig ausschliessen. Ergebnisse und Massnahmen zur Prävention sowie deren Wirkung werden im Rahmen eines Sturzkonzpts in interprofessionelle Teams der Pflegeabteilung evaluiert, diskutiert und daraus geeignete Massnahmen festgelegt.

### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 13 Dekubitus

Ein Dekubitus (sog. Wundliegen/Druckgeschwür) 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 Scherkräften.

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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 Patientinnen und 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) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

#### Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. *Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 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.*

#### Messergebnisse

		Vorjahreswerte			2023	In Prozent
		2018	2019	2022		
<b>Asana Spital Leuggern AG</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0 (-0.31 - 0.31)	-0.02 (-0.80 - 0.76)	-0.01 (-0.87 - 0.85)	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023		–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		–	

\* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

\*\* 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/).

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

Das Wundliegen lässt sich weitgehend durch geeignete Präventionsmassnahmen verhindern. Ergebnisse und Massnahmen zur Prävention sowie deren Wirkung werden im Rahmen eines Dekubituskonzepts in interprofessionelle Teams der Pflegeabteilung evaluiert, diskutiert und daraus geeignete Massnahmen festgelegt.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patientinnen und Patienten ≥ 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>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patientinnen und Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## Weitere Qualitätsaktivitäten

### 17 Weitere Qualitätsmessung

#### 17.1 Weitere eigene Messung

##### 17.1.1 Medikationsfehler (Akutsomatik)

Alle Fehler im Umgang mit Medikamenten (Verordnung, Richten, Verabreichen) werden im klinischen Informationssystem erfasst und jährlich ausgewertet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.  
Alle Pflegeabteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Das Verfahren ist noch nicht standardisiert.

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 Prozessmanagement

##### Projektart

Zwei interne und standortspezifische Projekte mit Gültigkeit für beide Spitäler und Pflegeheime. Pilotprojekt am Standort Menziken.

Die Asana Gruppe, hat sich 2016 entschieden, die drei Module H-Prozess (Prozessmodellierung), H-Prozessmap (Prozesslandkarte) sowie H-Doc (Dokumentenmanagement) unter dem Begriff H-Qualisuite der Firma New Win zu erwerben und einzuführen. Diese werden auf dem neuen Intranet H-CMS abgebildet und den Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt. Die Module können auf unsere Bedürfnisse individualisiert und angepasst werden. Bis auf das bestehende Intranet sind alle Applikationen neu.

##### Projektziel

- Wissen festhalten für Nachfolge und Stellvertretung beispielsweise bei Pensionierung, Personalwechsel, Todesfall, Langzeitabsenz → Wissensmanagement
- Klare Zuordnung von Rollen, Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen
- Sicherstellung von Aktualität der Dokumente und Prozesse mittels Digitalisierung und einem integrierten Review-Prozess
- Transparenz im ganzen Haus
- Optimierung in den Bereichen:
  - Effizienzsteigerung und Kosteneinsparungen durch Ausmerzungen von überflüssigen Tätigkeiten, verbesserter Abläufe (Standardisierung) sowie sorgfältigerer Umgang mit Material
  - Schnittstellenmanagement
  - Mehr Sicherheit im Alltag für heutige und zukünftige Mitarbeitende (Qualitätssteigerung)

##### Projekttablauf / Methodik

Klassische Projektorganisation und -ablauf.

##### Reviews

Bei der Einführung von H-Qualisuite kann zwischen zwei Arten von Vorgehensweisen unterschieden werden

Workshops: Diese kommen zur Anwendung bei der Erarbeitung von H-Map und H-CMS. Die Lösungen werden innerhalb und während der Workshops gemeinsam erarbeitet und der New Win zur Umsetzung übergeben. Hier braucht es seitens Projektleitung vor allem Moderation und Führung, jedoch keinen unmittelbaren Support im Alltag.

##### Schulungen

Diese kommen zur Anwendung bei den Modulen H-Doc und H-Prozess. Das heisst, die Verantwortlichen werden geschult, wie die abgelaufene Dokumente aktualisiert, formatiert und einem Vernehmlassungsprozess unterstellt werden. Ausserdem wird gelernt wie die Prozesse im Intranet integriert werden. Die Verantwortlichen müssen sich diese Fähigkeiten aneignen und die Aufgabe autonom umsetzen. In diesem Prozess entstehen oft Fragen und Unsicherheiten. Die Projektleitung steht als Ansprechpartner jederzeit zur Verfügung. In den Teilprojekten H-Doc und H-Prozess möchten wir den Beteiligten die Möglichkeit bieten, sich an vordefinierten Tagen zu bestimmten Zeiten zu Review-Sitzungen zu treffen. Dort können sich die Projektmitarbeitenden untereinander austauschen und den Einsatz der Tools üben.

**Qualitätschecks**

In der Praxis hat es sich bewährt, dass die Projektleitung ein Auge auf die Umsetzung im Alltag behält, damit unmittelbar lenkend eingegriffen werden kann, wenn die geforderte Qualität nicht erreicht wird. Die Teilprojektleiter werden darum bei den Modulen H-Doc und H-Prozess sporadisch bei den Ansprechpartnern Stichproben vornehmen und Hilfe anbieten, wenn das Resultat nicht dem gewünschten Standard entspricht. Es zeigt sich in der Praxis, dass es weniger aufwändig ist, von Beginn an diese Qualitätschecks durchzuführen, als nachträglich grosse Aufräumaktionen durchzuführen.

**Berufsgruppen**

Alle Bereiche.

### 18.1.2 Sichere Medikation

**Projektart**

Internes Projekt mit Gültigkeit für beide Spitäler mit ihren integrierten Pflegeheimen. Die Patientensicherheit bei der medikamentösen Therapie in Spital und Pflegeheimen gerät immer mehr in den Fokus. Der Prozess Medikamente richten, kontrollieren und verabreichen bergen Risiken bei der Medikation. Zahlreiche Studien zeigen, dass der Medikationsprozess im und rund ums Spital mit einem grossen Fehlerpotential behaftet ist. Hausintern wird dies durch CIRS Meldungen mit Medikationsproblemen sichtbar. Den Mitarbeitenden der ASANA Gruppe ist es ein grosses Anliegen die Patientensicherheit im Bereich der medikamentösen Therapie zu verbessern.

**Projektziel**

Der Medikationsprozess wird verbessert und damit die Patientensicherheit erhöht.  
Optimieren der Wirtschaftlichkeit im Medikamentenmanagement.  
Erwerb der sanaCERT Zertifizierung für den Standard Sichere Medikation.

**Projekttablauf / Methodik**

Analyse der vorhandenen Abläufe, vergleichen von bereits zertifizierten Konzepten für Sichere Medikation, Wahl eines passenden Konzepts und abstimmen auf eigene Strukturen. Einführung nach breiter Vernehmlassung und Freigabe durch Geschäftsleitung. Erstellung von Standards zur Umsetzung des Konzepts. Evaluation nach ein Jahr Umsetzung.

**Berufsgruppen**

Alle ärztliche und pflegerische Berufsgruppen.

### 18.1.3 Händehygiene Compliance HHC

**Ziel:** Erhöhung der Patientensicherheit

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

### 18.2.1 SanaCERT Zertifizierung im Netzwerk

Die Spitäler und Pflegeheime der Asana Gruppe AG sind seit 2014 zertifiziert. SanaCERT Suisse, eine ISO-zertifizierte, unabhängige Zertifizierungsstelle, führt die Prüfung gemäss ISO-zertifizierten Verfahren durch. Diese erfolgt im Rahmen eines zweitägigen Audits vor Ort durch Experten aus anderen Spitälern und Pflegeheimen. Anlässlich des Zertifizierungsaudit im Netzwerk vom 20.-21. September 2023 haben die 5 Auditorinnen und Auditoren unter der Leitung des Leadauditors Dr. med. Peter Uberschlag in ihrem Bericht eine positive Einschätzung abgegeben. Sie haben uns bestätigt, dass wir die Anforderungen erfüllen. Die im Bericht formulierten Auflagen und Empfehlungen ermöglichen uns unsere Abläufe ständig zu optimieren. Auf kantonaler Ebene positioniert sich die Asana Gruppe AG durch diese externe Bestätigung eines funktionierenden Qualitätsmanagements verstärkt als bedarfsgerechter, wirtschaftlich und qualitativ hochstehender Leistungserbringer in der Grundversorgung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und alle Belegärztinnen und Belegärzte der Spitäler und Pflegeheime der Asana Gruppe nehmen ihre Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung und in der Patientensicherheit wahr. Qualität ist dabei Ausdruck ihrer Orientierung an den Patientinnen und Patienten, den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie an weiteren Anspruchsgruppen und direkter Massstab für ihre tägliche Arbeit, ganz im Sinne ihres Mottos: "Mir läbed Nöchi".

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 sanaCERT suisse Zertifizierung

#### **Die Asana Gruppe AG leistete bereits im Jahr 2014 Pionierarbeit**

2014 wurde die Asana Gruppe zum ersten Mal auditiert. Die Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung ist eine spezialisierte Zertifizierungsstelle im Gesundheitswesen. Wer das Zertifikat nach sanaCERT vorweisen kann, musste eine anspruchsvolle Überprüfung über sich ergehen lassen. Als erste Spitalgruppe in der Schweiz hat die Asana Gruppe AG ein gemeinsames Qualitätsmanagementsystem für zwei Akutspitäler und zwei Pflegeheime entwickelt, umgesetzt und bereits dreimal überprüfen lassen. Seit Dezember 2012 arbeiten, geleitet durch Ramon Soler, Qualitätsverantwortlicher der Asana Gruppe, acht interprofessionelle Teams an der Entwicklung und Einführung von Standards.

#### **Asana Gruppe AG erhält erneut Bestnoten**

Nach dem erfolgreichen Erstaudit im Jahr 2014 und Bestätigung durch die Re-Zertifizierung im Jahr 2017 und 2020, folgte der Härtestest Mitte September 2023. Die beiden Standorte liessen sich nach einem weiterentwickelten Zertifizierungsverfahren im Netzwerk durchleuchten. Während zwei Tagen sind die Asana Spitäler und Pflegeheime von Leuggern und Menziken durch fünf Auditoren (Experten aus anderen Spitäler und Pflegeheime) überprüft worden. Das Resultat lässt sich sehen: Von 32 möglichen Punkten hat die Asana Gruppe 30 erhalten, für die Zertifizierung hätten 25 Punkte gereicht. Auf dieses komfortable Ergebnis dürfen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und alle Belegärztinnen und Belegärzte, die in der täglichen Arbeit ihr Bestes geben, stolz sein. Sie haben den Nachweis erbracht, dass das Qualitäts- Managementsystem (QM):

- alle Elemente des QM-Systems abdeckt
- diese dokumentiert sind
- gelebt werden und
- das ganze System zur kontinuierlichen Verbesserung der Unternehmensleistungen führt.

Die Zertifizierungskommission von sanaCERT suisse hat am 19. November 2023, gestützt auf die Ergebnisse des Re-Zertifizierungsaudits, entschieden, dass das Qualitätsmanagement der Asana Gruppe AG für weitere drei Jahre, d.h. bis zum 18. November 2026 zertifiziert wird.

Auf kantonaler Ebene positioniert sich die Asana Gruppe durch diese externe Bestätigung eines funktionierenden Qualitätsmanagements verstärkt als bedarfsgerechter, wirtschaftlich und qualitativ hochstehender Leistungserbringer in der Grundversorgung.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und alle Belegärztinnen und Belegärzte der Spitäler und Pflegeheime der Asana Gruppe nehmen ihre Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung und in der Patientensicherheit auch unter erschwerten Bedingungen wahr. Qualität ist dabei Ausdruck ihrer Orientierung und direkter Massstab für ihre tägliche Arbeit, ganz im Sinne ihres Mottos: *"Mir läbed Nöchi"*.

## 19 Schlusswort und Ausblick

**Wir danken Ihnen für Ihr Interesse an unseren Qualitätsbericht.**

**Allen unseren Patienten, Mitarbeitenden und Zuweiser danken wir für Ihr Vertrauen.**

Wir garantieren Ihnen, dass wir nicht aufhören werden, uns zu verbessern. Eines steht dabei immer uneingeschränkt im Fokus *aller* unserer Aktivitäten: Die Sicherheit, das Wohl und die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten – damit die "Abstimmung mit den Füßen", die heute wie gestern der wichtigste Masstab für den Erfolg eines Leistungserbringers ist, auch in Zukunft zu unseren Gunsten ausfällt.

Ramon Soler

Qualitätsverantwortlicher Asana Gruppe AG

Dipl. Nonprofitmanager MAS FH

Dipl. Qualitätsmanager NDS HF

## 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

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Zerebrovaskuläre Störungen
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
<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
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Gynäkologische Tumore
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und >= 2000g)

<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)

## 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/](http://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/](http://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](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**):

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