

Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

27.05.2025
René Huber, Vorsitz Geschäftsleitung Asana Gruppe AG

Version



Asana Spital Leuggern AG

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 2024.

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

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2024

Herr
Ramon Soler
Qualitätsverantwortlicher
056 269 41 01
ramon.soler@spitalleuggern.ch

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

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

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

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

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

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

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

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

Im H+ Qualitätsbericht sind jeweils neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

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

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen Spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	13
4.5 Registerübersicht	14
4.6 Zertifizierungsübersicht	15
QUALITÄTSMESSUNGEN	16
Zufriedenheitsbefragungen	17
5 Patientenzufriedenheit	17
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene	17
5.2 Eigene Befragung	19
5.2.1 Rollierende Befragung der allgemeinen Patientenzufriedenheit	19
5.2.2 Befragung für ambulante Patienten, Besucher, Kunden, Lieferanten	19
5.2.3 Befragung in der Notfallabteilung ASL	20
5.3 Beschwerdemanagement	21
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	22
7.1 Eigene Befragung	22
7.1.1 icommit Mitarbeiterzufriedenheit	22
8 Zuweiserzufriedenheit	23
8.1 Eigene Befragung	23
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit Spital Leuggern	23
Behandlungsqualität	24
Messungen in der Akutsomatik	24
9 Wiedereintritte	24
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	24
10 Operationen	26
10.1 Hüft- und Knieprothetik	26
11 Infektionen	27
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	27
11.2 Eigene Messung	29
11.2.1 Nosokomiale Infektionen Prävalenzstudie (NIP)	29
12 Stürze	30
12.1 Eigene Messung	30
12.1.1 Messung Stürze	30
13 Dekubitus	31
13.1 Eigene Messungen	31

13.1.1	Messung Dekubitus.....	31
	Messungen in der Psychiatrie.....	0
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15	Symptombelastung psychischer Störungen	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
	Messungen in der Rehabilitation.....	0
16	Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
	Weitere Qualitätsaktivitäten.....	32
17	Weitere Qualitätsmessung.....	32
17.1	Weitere eigene Messung.....	32
17.1.1	Medikationsfehler (Akutsomatik).....	32
18	Projekte im Detail.....	33
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte.....	33
18.1.1	Prozessmanagement.....	33
18.1.2	Sichere Medikation.....	34
18.1.3	Speak up.....	35
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024.....	36
18.2.1	SanaCERT Zertifizierung im Netzwerk.....	36
18.2.2	Händecompliance.....	36
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte.....	37
18.3.1	sanaCERT suisse Zertifizierung.....	37
19	Schlusswort und Ausblick.....	38
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	39
	Akutsomatik.....	39
	Herausgeber.....	41

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

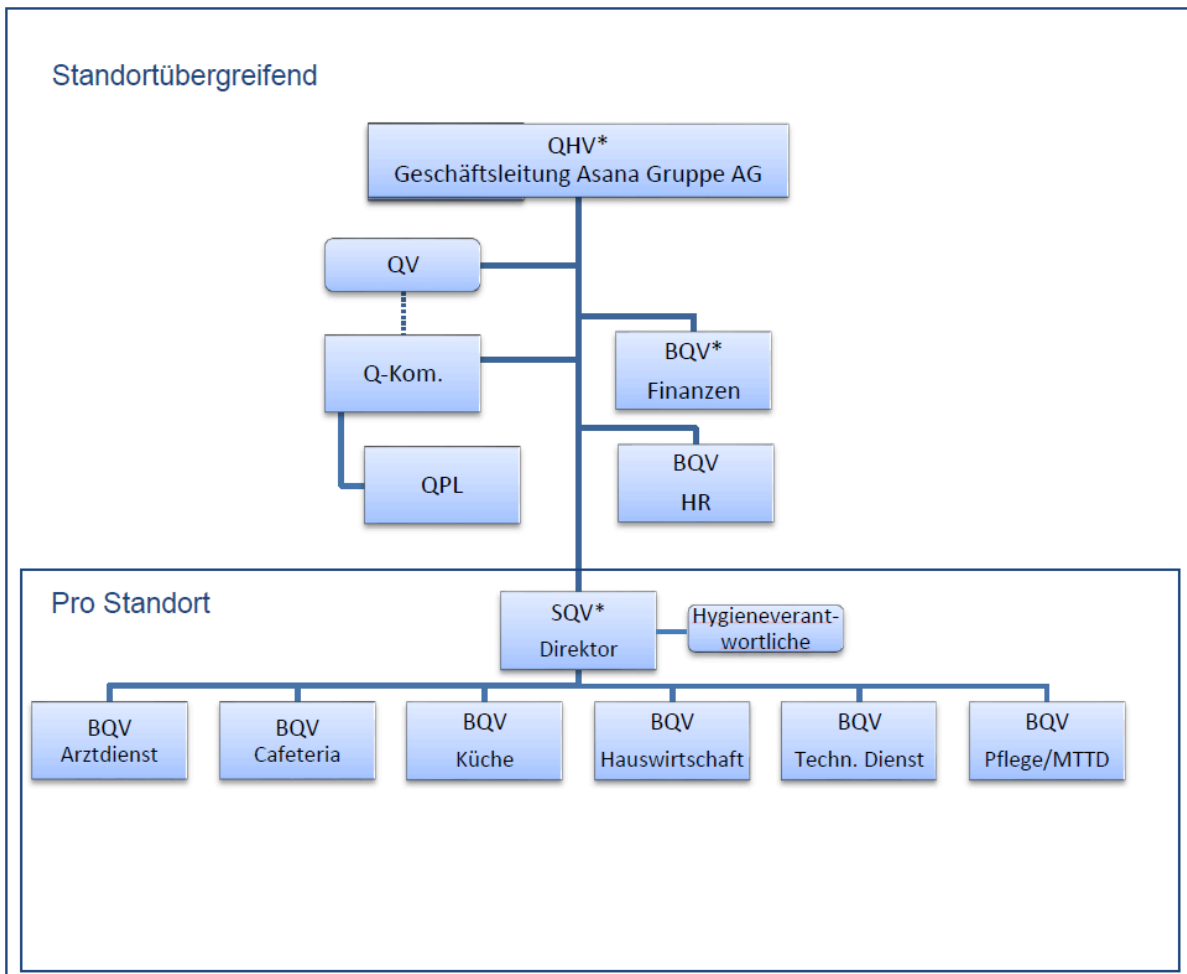
Nach dem erfolgreichen Erstaudit im Jahr 2014 und Bestätigung durch die Re-Zertifizierung im Jahr 2017 und im Jahr 2020, folgte der Härtestest Mitte September 2023. Die beiden Standorte mussten das sanaCERT Audit diesmal im Netzwerk, ein neues umfangreicheres Verfahren, bestehen. Während zwei Tagen sind 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

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 Zentrums 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 2024

- Die ANQ Messungen werden gemäss ANQ-Messplan durchgeführt
- Das Überprüfungsaudit im Netzwerk durch sanaCERT suisse ist erfolgreich
- Prüfung und QM-Anpassungen für nationalen Qualitätsvertrag QV58a

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

- 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 Spitäler 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.

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

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

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Einführung Prozessmanagement

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

Optimierung Qualitätsmanagement

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

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.

4.5 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Die aufgeführten Register sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
anresis.ch ANRESIS: Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen	Alle Fachbereiche	Institut für Infektionskrankheiten, Bern www.anresis.ch www.infect.info	2017
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2024
Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	seit jeher
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	seit jeher
Prostatektomie-Register Prostatektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie swissurology.ch/register/ adjumed.com/support/schnittstellen/familie-urologie/	2012
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	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
KR Aargau Krebsregister Aargau	Alle	krebsregister-aargau.ch/
NICER Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org

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	Bis 28.11.2026
sanaCERT suisse	Gesamte Asana Gruppe	2014	2023	Bis 18.11.2026
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 Patient:innen und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene

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 2024 (CI* = 95%)
	2019	2021	2023	
Asana Spital Leuggern AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.12	4.47	4.33	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.57	4.80	4.75	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.69	4.76	4.65	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.56	4.67	4.71	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.24	4.28	4.22	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	98.00 %	90.90 %	96.90 %	– %
Anzahl versendeter Fragebogen 2024				–
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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, 2022 und 2024 für die Akutsomatik regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Dargestellt werden nur die Vorjahre in denen Befragungen stattgefunden haben und zu denen Werte vorhanden sind. Ab 2025 folgt eine neue Befragung in einem erweiterten Format:

Der ANQ-Kurzfragebogen, den die Spitäler und Kliniken seit 2011 für die nationale

Zufriedenheitsmessung einsetzen, bestand aus fünf bis sechs Fragen. Um künftig eine vertiefere Abfrage aller relevanten Dimensionen und ein detaillierteres Monitoring der Patientenperspektive im Langzeitverlauf zu ermöglichen, wird der ANQ-Kurzfragebogen ab 2025 durch ein differenziertes Befragungsinstrument abgelöst. Zukünftig liegt der Fokus nicht mehr auf der Patientenzufriedenheit, sondern der Patientenerfahrung (PREMs – Patient Reported Experience Measures).

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

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		Unisanté, Lausanne
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patient:innen (≥ 16 Jahre) versendet, die im April – das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patient:innen. ▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.

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 2024 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 2024 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 Pflorgeteam 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 01.06.2024 bis 30.06.2024 durchgeführt.

Notfallabteilung

107 Patient:innen der Notfallstation im Monat September

Check:

Für die Prävalenz Messung auf dem NF Leuggern wurden 107 Patient:innen befragt, welches im Monat Mai bis Juni, über 5 Wochen, stattgefunden hat.

Act: Fazit und Massnahmen aus dem PDCA: Eine Verkürzung der Wartezeiten zeigte sich im Vergleich zu 2023. Die Auswertung ergab eine Optimierung um 10 %, vor allem in den ersten 30 Min. 83% der Patient:innen wurden in den ersten Minuten bis zu einer Stunde behandelt.

An der Information zu den Wartezeiten, muss weiterhin geachtet werden und auch immer mit der Zentrale/Empfang rückgesprochen werden. Es zeigte sich eine leichte Verbesserung, jedoch sind 12% der Pat immer noch schlecht bis gar nicht informiert worden.

Das PP muss sich bewusst sein, dass eine Info über die Wartezeit für den Pat von Wichtigkeit ist: Immer wieder vorbeischaun, auffordern sich sonst per Notklingel zu melden, falls eine Verstärkung der Schmerzen (Erstabgabe bereits getätigt) oder sonstigen Bedürfnisse anstehen.

Die Aufklärung der Untersuchungen, Therapien und mit dem weiteren Procedere wurde im Vergleich zum Vorjahr verbessert. 95% wurden sehr gut bis gut aufgeklärt. Dies spricht für ein gutes ärztliches und pflegerisches Notfallteam. Somit steigert dies auch die Zufriedenheit des Patienten. Er/sie fühlt sich ernstgenommen und kommt gerne wieder. Das Bewusstsein um die Wichtigkeit solcher Infos für den Patienten muss erhalten und weiter gepflegt werden. Diese Steigerung zeigt, dass sich das NF Personal dessen bewusst ist und daran gearbeitet wird.

Die allermeisten Patient:innen (96%) waren sehr zufrieden mit der Behandlung, der Schmerzen und der Symptome. Es beweist, wie wichtig die Nachfrage über die Wirkung der verabreichten Medikamente ist, sowie die regelmässigen Rückmeldungen und Infos unsererseits, während der Zeit der Behandlung. Auch da gab es eine leichte Verbesserung.

Wir freuen uns, dass auch diese Auswertung der Empathie und Freundlichkeit sehr gut ausgefallen ist und sich verbessert hat. 98% der Befragten waren sehr zufrieden und zufrieden. Das Spitalslogen „Mir läbet Nöchi“, sowie die Empathie und Freundlichkeit widerspiegelt sich in unserem NF Team. Wir sind stolz auf unser Team! 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

Mo.-Fr.

08.00-16.30

Die Asana Gruppe AG hat ein

Kooperationsvertrag mit SPO-

Patientenschutz

www.spo.ch

7 Mitarbeitendenzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeitendenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden das Spital als Arbeitgeber/in und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 icommit Mitarbeiterzufriedenheit

Committede Mitarbeitende erbringen eine höhere Arbeitsleistung und sind intrinsisch motivierter. Zudem zeigen sie eine höhere Veränderungsbereitschaft und weisen geringere Fluktuationsabsichten/ Absentismus auf. In der heutigen Arbeitswelt sind Unternehmen somit darauf angewiesen, dass Ihre Mitarbeitenden nicht nur zufrieden, sondern auch committed sind.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeitendenbefragung erfolgt im Jahr 2026.

Alle Abteilungen/Bereiche

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	icommit
Methode / Instrument	Eigenes Instrument entwickelt durch icommit

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 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 2024 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 eigenen sich davon jedoch nur die folgenden 6 Indikatoren:

Messergebnisse

Qualitätsindikatoren	BFS-Daten 2021	BFS-Daten 2022
Asana Spital Leuggern AG	Risikoadjustierte Rate	Risikoadjustierte Rate
Spitalweite Kohorte	5.45 %	6.35 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	2.9 %	4.58 %
Kardiorespiratorische Kohorte	0 %	16.81 %
Sonstige medizinische Kohorte	11.4 %	9.16 %

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

Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website:

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 Patient:innen	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patientinnen und Patienten. ▪ 18 Jahre oder älter. ▪ Patient:in ist beim Erstaufenthalt nicht verstorben. ▪ Patient:in wurde nach Erstaufenthalt nicht direkt an ein anderes Akutspital überwiesen. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes oder eines Haupt- oder Nebenbehandlungs-Kodes, der gemäss den spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien eine der Kohorten beschreibt.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entlassung erfolgte beim Erstaufenthalt entgegen dem Rat des behandelnden Arztes. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes für eine psychiatrische Erkrankung oder eine Rehabilitation. ▪ 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»). ▪ 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). ▪ 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. ▪ Beim betreffenden Erstaufenthalt handelt es sich bereits um eine ungeplante Rehospitalisation während 30 Tagen eines vorhergehenden Erstaufenthalts mit dem gleichen Grundleiden. ▪ Patient:in lebt im Ausland. ▪ Vorhandensein einer mit mikrobiologischem Nachweis bestätigten COVID-19 Diagnose.

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2018 bis 31.12.2021

	Anzahl eingeschlossene Primär-Implantate (Total)	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N)	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %			Adjustierte Revisionsrate %
			2018 - 2021	2018 - 2021	2015 - 2018	
Asana Spital Leuggern AG						
Primäre Hüfttotalprothesen	544	4.40%	2.00%	3.00%	4.20%	4.40%
Primäre Knieprothesen	599	5.70%	4.30%	5.00%	6.30%	5.80%

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

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

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

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

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2023/2024	2023/2024	2020/2021	
Asana Spital Leuggern AG						
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% - 0.00%)

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

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2023 – 30. September 2024

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2023/2024	2023/2024	2020/2021	
Asana Spital Leuggern AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	153	1	0.00%	1.00%	1.10%	0.60% (0.00% - 1.90%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

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 April 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

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

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung ab 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.

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

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Messung Stürze

Jeder Sturz einer Patientin oder eines Patienten im Spital wird strukturiert in einem Sturzprotokoll erfasst und dokumentiert und von einer Pflegexpertin / einem -experten analysiert. Daraus entsteht eine Übersicht über die Anzahl von Stürzen, potenziellen Sturzorten und möglichen Ursachen. Zudem können weitere begleitenden Umstände sowie auch Sturzfolgen erfasst werden. Ziel ist es, ursachenbezogene Massnahmen abzuleiten und geeignete Hilfsmittel zu identifizieren, welche Stürze oder zumindest deren Folgen minimieren können.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Alle Pflege- und Betreuungsabteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die aktuell verfügbaren Kennzahlen sind nicht aussagekräftig. Die einzelne Meldungen werden im Verbesserungsmanagement integriert und führen im Rahmen des P-D-C-A Zyklus zu Optimierungsmassnahmen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

13 Dekubitus

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

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung ab 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.

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

13.1 Eigene Messungen

13.1.1 Messung Dekubitus

Jeder Dekubitus einer Patientin oder eines Patienten im Spital wird strukturiert in einem Dekubitusprotokoll erfasst und dokumentiert. Darüber hinaus wird mittels eines Schnittstellendokuments die Hautverhältnisse an den Schnittstellen zwischen Pflegeabteilung, Operationssaal und Aufwachraum erfasst und von einer Pflegexpertin / einem -experten analysiert. Daraus entsteht eine Übersicht über die Anzahl von Dekubiti und deren möglichen Ursachen. Zudem können weitere begleitenden Umstände sowie auch Dekubitusfolgen erfasst werden. Ziel ist es, ursachenbezogene Massnahmen abzuleiten und geeignete Hilfsmittel zu identifizieren, welche Dekubiti oder zumindest deren Folgen minimieren können.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Alles Pflege- und Betreuungsabteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die aktuell verfügbaren Kennzahlen sind nicht aussagekräftig. Die einzelne Meldungen werden im Verbesserungsmanagement integriert und führen im Rahmen des P-D-C-A Zyklus zu Optimierungsmassnahmen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

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 2024 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 Speak up

Projektart: Klasisches Projekt Start Januar 2024 Ende Dezember 2025

CIRS Meldungen zeigen, dass sich Kolleginnen und Kollegen häufig nicht trauen, Fehler direkt und offen anzusprechen.

In der MA-Befragung 2022 wurde als Massnahme der Wunsch nach Kommunikations-Tools formuliert. Die Geschäftsleitung des Asana Spitals Leuggern hat sich mit dem Thema Sicherheitskultur auseinandergesetzt.

Wir engagieren uns seit 2022 dafür, die Mitarbeitenden zu ermutigen, unerwünschte Ereignisse im CIRS auch «nicht Anonym» zu melden. Dies hat eine Änderung der Kultur in Gang gesetzt. Jetzt wollen wir in eine nächste Phase übergehen.

Wir möchten die Mitarbeitenden dazu ermutigen, sich zu äussern, wenn die Sicherheit der Patienten real oder potenziell gefährdet ist, damit dem Auftreten unerwünschter oder kritischer Ereignisse vorgebeugt werden kann.

Freie und informelle Kommunikation über Ideen, Vorschläge, Bedenken, relevante Informationen oder Meinungen - mit der Absicht, zu verbessern oder zu verändern.

Konkret bedeutet dies im Bereich Patientenversorgung und Patientensicherheit:

- Reagieren - Sorgen, Bedenken und Zweifel aussprechen, wenn die Sicherheit eines Patienten gefährdet ist oder gefährdet scheint
- Unklarheiten ansprechen und klären
- Kollegen und Vorgesetzte darauf hinweisen, wenn etwas nicht so geschieht wie es sollte
- Äussern von Ideen, wie Dinge anders gemacht werden können
- Hinweisen auf schwerwiegende oder potentiell folgenreiche Probleme

Projektziel:

- Aktiver Beitrag für eine höhere Patientensicherheit – Patientinnen und
- Patienten vor Gefahren schützen
- Das Arbeiten einer Gruppe oder einer Organisation verbessern
- Gemeinsames lernen und Problemlösen
- Kolleginnen und Kollegen vor einem Fehler zu bewahren
- Eine von allen einsetzbare Sicherheitsmassnahme

Projekttablauf

Vorgehen um eine gute Basis zu schaffen

Die Geschäftsleitung des Asana Spitals Leuggern hat ein Commitment für Speak up abgegeben und die Umsetzung in Auftrag gegeben.

Kader-Fortbildung am 3.6.2024 mit Helmuth Paula von Patientensicherheit Schweiz: Damit wurde ein allgemeines Verständnis geschaffen.

SPEAK UP IST WICHTIG UND GEWOLLT

Auftrag an das Kader mit ihren Teams gestützt auf diese Präsentation:

- eine gemeinsame Vorstellung von Speak up im Team entwickeln
- ermutigen und bekräftigen
- Rückendeckung geben

Wird an Personalinfo und im NEWS-Blog thematisiert.

Wird an der Einführung der neuen MA thematisiert.

Involvierte Berufsgruppen: Sämtliches Personal aller Berufsbereiche

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 SanaCERT Zertifizierung im Netzwerk

Zertifizierungsaudit 2023

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 Ueberschlag in ihrem Bericht eine positive Einschätzung abgegeben. Die im Bericht formulierten Auflagen und Empfehlungen haben uns ermöglicht unsere Abläufe zu optimieren.

Überwachungsaudit 2024

Anlässlich des Überwachungsaudits vom 26. September 2024 hat uns der Auditor bestätigt, dass wir sämtliche Auflagen erfüllt haben und alle Anforderungen erfüllen.

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".

18.2.2 Händecompliance

Ziel: Erhöhung der Patientensicherheit

Das Projekt konnte abgeschlossen werden und wurde in den laufenden Arbeitsprozess integriert. Die Prävalenzmessungen der Händecompliance finden weiterhin jährlich statt.

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 und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Zerebrovaskuläre Störungen
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Gynäkologische Tumore
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und >= 2000g)

Neugeborene
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/



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (FKQ), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+ Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+ Plattform www.spitalinfo.ch nahe zu legen.

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW):

www.samw.ch.