

# KSA

Kantonsspital  
Aarau

# Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

31.05.2024  
Dr. Daniel Lüscher, VRP und CEO a.l.

Version 1

Kantonsspital Aarau AG

[www.ksa.ch](http://www.ksa.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

Frau, M.Sc.  
Ulrike Sollmann  
Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement  
0628389379  
[ulrike.sollmann@ksa.ch](mailto:ulrike.sollmann@ksa.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 verscharfren 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>8</b>
2.1 Organigramm .....	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	9
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>10</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023 .....	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023 .....	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	12
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>13</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	13
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	15
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	16
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	22
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren .....	23
4.5 Registerübersicht .....	24
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	27
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>31</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>32</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>32</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	32
5.2 Eigene Befragung .....	34
5.2.1 Elektronische Patientenbefragung .....	34
5.3 Beschwerdemanagement .....	35
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>36</b>
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik .....	36
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> .....	<b>38</b>
7.1 Eigene Befragung .....	38
7.1.1 Fokus-Befragung .....	38
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>39</b>
8.1 Eigene Befragung .....	39
8.1.1 Zuweisendenzufriedenheitsmessung .....	39
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>40</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>40</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>40</b>
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen .....	40
<b>10 Operationen</b> .....	<b>42</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	42
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>44</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	44
<b>12 Stürze</b> .....	<b>47</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	47
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>49</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	49
<b>Messungen in der Psychiatrie</b> .....	<b>0</b>
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

<b>15</b>	<b>Symptombelastung psychischer Störungen</b>	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb 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 unseren Betrieb nicht relevant.	
	<b>Weitere Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>0</b>
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b>	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>51</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	51
18.1.1	Pilotprojekt PROMs .....	51
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023 .....	51
18.2.1	PREM .....	51
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	52
18.3.1	RQS Zertifizierung Spitalpharmazie .....	52
18.3.2	Babyfriendly Hospital .....	52
18.3.3	Beckenbodenzentrum .....	52
18.3.4	Brustzentrum Krebsliga .....	53
18.3.5	FESSH-Akkreditierung .....	53
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>54</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....	<b>55</b>
	Akutsomatik .....	55
	<b>Herausgeber</b> .....	<b>58</b>

# 1 Einleitung

## **Kantonsspital Aarau - für alle da, für alle nah 24/7!**

Die KSA Gruppe ist die grösste Spitalorganisation im Kanton Aargau und stellt die medizinische Versorgung der Bevölkerung an fünf Standorten sicher.

Fachkräfte aus über 50 Kliniken, Institute und Abteilungen der KSA Gruppe versorgen die Bevölkerung rund um die Uhr mit medizinischen Leistungen, von der Grundversorgung, über die spezialisierte bis hin zur hochspezialisierten Medizin.

An der KSA Gruppe waren im Berichtsjahr über 5'455 Fachpersonen aus Diagnostik, Medizin, Pflege, Therapie und anderen Berufsbereichen für 35'114 stationäre Austritte sowie über 740'600 ambulante Behandlungen verantwortlich. 30'985 mal wurde die Walk-In Praxis des KSA Praxiszentrums von Patientinnen und Patienten aufgesucht. Eine medizinische Versorgung, die von Kompetenz und Effizienz geprägt ist und zugleich ein Höchstmass an Flexibilität bietet. Auch in Notfällen ist das KSA für alle da. 15'304 mal wurde der Rettungsdienst des KSA zu Ambulanz Einsätzen aufgeboten.

Das KSA gehört mit über 125 Jahren Tradition zu den führenden Spitälern der Schweiz. Dabei steht die Erbringung einer verlässlichen, qualitativ hochstehenden Behandlung für alle Patientinnen und Patienten stets im Fokus.

Am 16. Mai 2023 hat der Grosse Rat über das Finanzhilfesuch von 240 Millionen Franken beraten und diesem mit einem eindrücklichen «JA» klar zugestimmt. Der Verwaltungsrat hat diesen Finanzhilfebeitrag für den Neubau «Dreiklang» gebraucht. Der Neubau schreitet stetig voran. Es entsteht ein neues, hochmodernes Spital, in welchem mit hoher Präzision und grosser Kompetenz zukünftig gearbeitet wird. Mittels projektbezogenem Qualitätsmanagement (PQM) wird sichergestellt, dass die einschlägigen Normen und Vorgaben eingehalten werden. QVZA- Pläne (Qualifizierung, Validierung, Zertifizierung, Anerkennung) sichern das Vorhaben zusätzlich ab.

Am 11. März 2022 wurde die Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie) vom Bundesrat verabschiedet. Auf Basis der neuen Qualitätsstrategie wurden die Vierjahresziele des Bundesrates sowie die Jahresziele der EQK für die Qualitätsentwicklung festgelegt (Art. 58 KVG). Aus der KSA Strategie 2022 wurden vom Qualitätssteueraussschuss, unter Berücksichtigung der Vierjahresziele des Bundes und der Jahresziele der eidgenössischen Qualitätskommission, die strategischen Qualitätsziele für die KSA Gruppe für die kommenden drei Jahre abgeleitet. Operative Jahresziele sichern die Zielreichung ab.

Im Jahr 2023 gab es Umstrukturierungen in der Führung für die KSA Gruppe. Vier Verwaltungsräte sind auf der ordentlichen Generalversammlung Mitte Juni 2023 zurückgetreten, darunter der Präsident. Der neu zusammengesetzte Verwaltungsrat hat Anfang Juli 2023 seine Tätigkeit aufgenommen. Neuer Verwaltungsratspräsident ist Dr. Daniel Lüscher.

Der neue Verwaltungsrat hat in den ersten Monaten entscheidende Veränderungen in der Geschäftsleitung beschlossen. Im Herbst 2023 hat sich das KSA mit Blick auf die künftige Ausrichtung vom CEO und vom CFO getrennt. Die Nachfolger konnten bereits gefunden und kommuniziert werden. Dr. rer. pol. Markus Meier wird per 01.08.2024 neuer CEO. Bis zu seinem Antritt hat Dr. Daniel Lüscher auch das Amt des CEO a.l. inne. Ein neuer Leiter für das Departement Finanzen konnte erfolgreich rekrutiert werden, es ist Christian Rittmann, der am 01.03.2024 seine Tätigkeit aufnimmt.

Der CEO ist der Vorsitzende des Qualitätssteueraussschusses und übernimmt damit die Gesamtverantwortung für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems.

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





Unsicherheiten oder ihren Ängsten. Persönliche Gespräche sind gerade hier sehr wichtig. Patientinnen und Patienten oder Angehörige sind sehr dankbar, wenn sie ihr Anliegen anbringen können, ihnen jemand hilft, wenn etwas verloren gegangen ist im Spital oder wenn sie ihr Erlebtes einfach schildern können und ein offenes Ohr dafür finden. Jede Qualitätsmanagerin, jeder Qualitätsmanager im Team betreut eine Rückmeldung bis zum Abschluss.

Es gibt sehr viel Lob für die Mitarbeitenden des KSA und sehr viel Verständnis für die personelle Situation und den nationalen Rahmenbedingungen in den Spitälern. Patientinnen und Patienten ist es wichtig, dass ihr Lob die richtige Person im KSA erreicht und Kritik nicht ins Leere läuft, sondern bearbeitet wird. Im Rahmen des Beschwerdemanagements arbeitet das KSA mit der Patientenstelle Aargau/Solothurn zusammen und engagiert sich in der Arbeitsgruppe Beschwerdemanagement des SQMH.

Der Neubau Dreiklang schreitet voran. Das Team des Qualitätsmanagements bereitet die Qualifizierung, Validierung und Zertifizierung (QVZA) des Neubaus vor und setzt dafür innovative QVZA-Pläne ein. Behördliche Abnahmen laufen mit den Plänen unter kontrollierten Bedingungen und gemäss Planung ab.

Der digitale Fortschritt im Qualitätsmanagement steht ebenfalls auf der Agenda. Die Einführung neuer, validierter Messmethoden wie PREMS (Patient Reported Experience Measures, Einführung 2022) oder PROMS (Patient Reported Outcome Measures) unterstützen das Qualitätsziel den Patientinnen- und Patientennutzen einer Behandlung auszuweisen.

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:  
Medizinische Stabdienste

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **640** Stellenprozente zur Verfügung.

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Ulrike Sollmann MSc.  
Leitung Qualitätsmanagement  
062 838 93 79  
[ulrike.sollmann@ksa.ch](mailto:ulrike.sollmann@ksa.ch)

Herr Holler Thomas  
Leiter Medizinische Stabsdienste  
062 838 61 18  
[thomas.holler@ksa.ch](mailto:thomas.holler@ksa.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

**Aus der KSA Gruppenstrategie 2022 wurden vier strategische Ziele des Qualitätsmanagements abgeleitet für die Jahre 2022 - 2025.**

#### **Vision**

Wir sind die KSA Gruppe. Im zentralen Mittelland sind wir der führende und verlässliche Partner sowie ein attraktiver Arbeitgeber im Gesundheitsmarkt. Mit herausragender Bildung, angewandter Forschung und Innovationen gestalten wir die Zukunft im Gesundheitswesen. Dies zum nachhaltigen Nutzen unserer Patientinnen und Patienten.

#### **Mission**

(...) In sämtlichen medizinischen und nichtmedizinischen Bereichen betreiben wir ein aktives Qualitätsmanagement. Die Prozesse werden systematisch mit internen und externen Audits analysiert und durch die Befragungen bei unseren Patientinnen und Patienten laufend überprüft.

Die neue Mission ist als konkreter Auftrag zu verstehen, die strategischen Stossrichtungen dienen der qualitativ hochstehenden Zielerreichung.

Die abgeleiteten **strategischen Qualitätsziele** orientieren sich an der folgenden **KSA**

#### **Qualitätspolitik:**

- Wir setzen organisationsweit standardisierte und patientenorientierte Prozesse um.
- Wir gestalten unsere Prozesse im Dienst der Qualität und Patientensicherheit effektiv und effizient.
- Wir sichern unsere Marktführerschaft durch Leistungsbereitschaft und Versorgungsforschung.
- Wir arbeiten patienten- und kundenorientiert und stellen die erforderliche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sicher.
- Wir beteiligen unsere Mitarbeitenden an der Weiterentwicklung und Verbesserung der Unternehmung und schaffen ein entsprechendes Umfeld.

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

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

Folgend die Qualitätsschwerpunkte des zentralen Qualitätsmanagements 2023:

- Integration des Geschäftsprozess- und Leanmanagements in das Qualitätsmanagement
- Integration des Risikomanagements in das Qualitätsmanagement
- Profischulungen und Vorkonfiguration des gruppenweiten Qualitätsmanagementsystems
- Evaluation Softwareanbieter PROMs (Patient Reported Experience Measures)
- Umsetzung der digitalen Messung der Patientenerfahrung PREMs (Patient Reported Experience Measures), Picker 15 Items
- Digitalisierung des Beschwerdemanagements (Rückmeldemanagement) im Meldeportal
- Erfolgreiche Aufrechterhaltung Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) und ISO 9001:2015 in definierten Bereichen /Kliniken und erfolgreiche Aufrechterhaltung der Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP) ISO 13485
- Vorprojekt Aufbau eines Qualitätsindikatorendashboards
- Erfolgreiche behördliche Inspektion der Swissmedic zur Aufbereitung von Medizinprodukten und Vigilance

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

Das zentrale Qualitätsmanagement definierte in 2022 zusammen mit dem Qualitätssteuerungsausschuss die folgenden vier strategischen Qualitätsziele (2023-2025):

1. Ein Qualitätsmanagementsystem ist gruppenweit wirksam aufgebaut und wird kontinuierlich weiterentwickelt im PDCA Verbesserungskreislauf und deckt alle internen und externen Anforderungen ab.
2. Effizienz und Effektivität in den Prozessen sind mittels Prozesskennzahlen und internen und externen Prozessaudits ausgewiesen und kontinuierlich verbessert.
3. Unerwünschte medizinische Ereignisse werden systematisch, unter Zuzug des Risiko-,Berichts- und Lernsystems analysiert und Massnahmen gesetzt zur präventiven Schadensverhinderung und wirksamen Ursachenbekämpfung.
4. Die Patientenbehandlung erfolgt patientenzentriert.

Operative Jahresziele für das 2023 und spezifische Massnahmen zur Zielerreichung wurden gesetzt.

- Neue Qualitätsmanagementsoftware: Durchführung Profischulungen, System vorkonfiguriert
- Prozessuale Vorbereitungen zur Meldung von schwerwiegenden medizinischen Ereignissen und aussergewöhnlichen Todesfällen
- Erstellung SOP Risikomanagement, Risikomanagementprozess.  
Risikomanagementberichterstattung
- Evaluation Software Risikomanagement, PROMS und PREMS

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

#### Strategische Qualitätsentwicklung und Ziele 2025-2028

##### **Patientensicherheitskultur - Just Culture**

Um ein Berichts- und Lernsystem zur präventiven Schadensverhinderung zu führen, bedarf es einer konstruktiven und offenen (Patientensicherheits-) Kultur. Gemeinsame Definitionen zu medizinischen (benahe) Ereignissen werden erstellt und die Meldeprozesse überarbeitet.

##### **Berichts- und Lernsystem**

Unerwünschte medizinische Ereignisse werden systematisch unter Zuzug des Risiko-, Kommunikations- und Lernsystems analysiert und Massnahmen gesetzt zur präventiven Schadensverhinderung und wirksamen Ursachenbekämpfung. Hierfür wird ein interprofessionelles, interdisziplinäres Gremium eingesetzt.

##### **Qualitätsmanagementsystem QMS**

Das Qualitätsmanagementsystem ist intern auditiert und extern in definierten Bereichen / Kliniken zertifiziert. Die Qualität wird aus dem QMS ausgewiesen.

##### **Qualitätsindikatorendashboard**

Das interne Qualitätsindikatorendashboard ist benchmarkfähig. Die Ergebnisse werden transparent auf allen Stufen des KSA kommuniziert und eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung erzielt.

##### **Patientenzentriertheit - PREMs/PROMs**

Ergebnisse aus PREMs/PROMs (Patient Reported Experience Measures und Patient Reported Outcome Measures) Messungen fliessen in das interne Qualitätsdashboard ein. Die Ergebnisse werden nachweislich zur Verbesserung der Behandlung der Patientinnen und Patienten genutzt.

##### **Integriertes Risikomanagement**

Das Risikomanagement wird integral geführt. Informationssicherheit, betriebliche Sicherheit und klinische Sicherheit bilden die Pfeiler. Das BCM (Business Continuity Management) wird integriert. Die Kliniken des KSA wenden evidenzbasierte Praktiken zur Vorbeugung unerwünschter Ereignisse systematisch und nachhaltig an. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der WHO, der OECD, den nationalen und kantonalen Behörden, den Patientenvereinigungen, den Fachgesellschaften und den Verbänden der Spitäler.

## 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 Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swisnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

#### Bemerkungen

Der nationale Verein für Qualitätssicherung in den Spitälern (ANQ) überarbeitet und modernisiert die Messinstrumente.

Der seit 2011 national eingesetzte ANQ-Kurzfragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit wird ab 2025 durch ein differenziertes Befragungsinstrument abgelöst. Dieses soll den künftigen Anforderungen an die Erfassung noch besser Rechnung tragen. Eingesetzt wird ein PREM (Patient Reported Experience Measurement) Fragebogen aus Kanada.

Im April 2023 wurde das letzte Mal die Befragung nach der alten Methodik durchgeführt. Die Weiterentwicklung betrifft auch den Elternfragebogen, welcher im Kinderspital eingesetzt wird. Das KSA hat die interne Messung PREM bereits 2022 eingeführt. Das KSA nimmt an der geplanten Pilotmessung von Swiss PREMs im April 2024 teil. Eingesetzt und erprobt wird der kanadische Fragebogen CPES-IC (Canadian Patient Experiences Survey - Inpatient Care).

Bis 2022 wurden die Dekubitus-Raten mit einem hohen personellen Ressourceneinsatz erhoben (Stichtag - Punktprävalenzmessung). Ob sich Patientinnen und Patienten im Spital "wundliegen" und dadurch schmerzhaft Hautverletzungen erleiden, ist ein wichtiger (pflegesensitiver) Qualitätsindikator.

Stürze im Spital wurden rückblickend auf 30 Tage erfasst (Periodenprävalenz). Dazu zählen Sturzraten im Spital, Sturzfolgen und Gesamtverletzungsraten. Als Messmethode wurde das Verfahren LPZ International (International Prevalence Measurement of Quality of Care) der Universität Maastricht angewandt. Die Messung wurde in 2023 sistiert. Der ANQ verfolgt das Ziel, klinische Routinedaten, Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. Dafür unterstützt er das PROJEKT VIS(Q)UAL DATA der Berner Fachhochschule BFH.

Seit 2011 waren die Rehospitalisationen mit der Methode SQ-Lape ein Indikator auf dem ANQ-Messplan. Seit 2022 (BFS-Daten 2020) wird der Algorithmus des «Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)» angewendet. Als Datenbasis dient die medizinische Statistik der Krankenhäuser» des Bundesamts für Statistik (BFS.)

Das KSA registriert im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie künstliche Knie- und Hüftgelenke . Das Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie bezweckt die Förderung der Behandlungsqualität in der Orthopädie. Getragen wird es von der Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin SIRIS. Eingeschlossen sind alle Eingriffe mit Totalprothesen und Teilprothesen, jedoch keine Osteosynthesen. Es werden nur die Daten von Patientinnen und Patienten erfasst, die ihr schriftliches Einverständnis zur elektronischen Datenverarbeitung im SIRIS Register gegeben haben.

Seit 2021 registriert SIRIS Spine den häufigsten Wirbelsäuleneingriff, die Spondylodesen im lumbalen Bereich (Versteifung der Wirbelsäule). Seit 2022 sind zusätzlich auch die Vertebroplastik und die Kyphoplastik (minimalinvasive Verfahren bei Wirbelfrakturen) verpflichtend im Register zu erfassen. Anfang 2023 wurde eine Pilotphase durchgeführt zur Einführung von PROMs (Patient Reported Outcome Measures) mittels elektronischer Patientenbefragung. Das KSA beteiligte sich 2023 an der Pilotphase mit der Orthopädischen und Neurochirurgischen Klinik.

SwissNoso, das Nationale Zentrum für Infektionsprävention, überwacht seit 2009 (neu zusammen mit dem ANQ) die Entwicklung postoperativer Wundinfektionen. Dabei werden ausschliesslich stationäre Eingriffe eingeschlossen. Erfasst werden Wundinfektionen, die innert einer definierten Frist nach der Operation auftreten, und zwar unabhängig davon, ob im Spital oder nach Spitalentlassung. Die Infektionen können sich an der Stelle des Hautschnitts respektive des darunterliegenden Gewebes, inklusive Faszien und Muskelschichten, zeigen. Oder sie betreffen Organe oder Hohlräume, die während der Operation geöffnet oder manipuliert wurden.

Die KSA Gruppe begrüsst die umfangreiche Modernisierung der Messinstrumente des ANQ .

Qualitätsergebnisse werden häufig einer Plausibilisierung bis auf die einzelne Fallebene eines Patienten, einer Patientin unterzogen. Kleine Fallzahlen und hochkomplexe Krankheitsbilder beeinflussen die Ergebnisse. Ein Benchmark unter allen CH-Spitäler ist nicht immer sinnvoll aufgrund der Komplexität der behandelten Krankheitsbilder.

### 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>
▪ Elektronische Patientenbefragung
<i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
▪ Fokus-Befragung
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweisendenzufriedenheitsmessung

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

##### Re- Evaluation Patient Reported Outcome Measures Software (PROMs)

<b>Ziel</b>	Qualitätsverbesserung durch Value-Based Health Care mit der Einführung von PROMs
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Orthopädie, Urologie, Medizinische Universitätsklinik, Geburtshilfe
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023 -2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Patient reported outcome measures (PROMs) liefern Informationen zum Gesundheitszustand und zu den Auswirkungen einer Intervention/Behandlung aus Sicht einer Patientin / eines Patienten. PROMs fördern die patientenorientierte Behandlung, die Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten sowie das Patientenmanagement (Monitoring und Anpassung des Behandlungsverlaufs, Erkennung von unerkannten Krankheiten etc.). PROMs erlauben, Rückschlüsse auf den medizinischen Nutzen und die Indikationsstellung zu ziehen.
<b>Methodik</b>	Elektronische Erfassung zu verschiedenen Messzeitpunkten mit validierten Fragebögen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte und Pflegepersonal, administratives Personal
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Re-Evaluation eines Softwareanbieters in 2023 und Start eines Piloten in 2024

##### Ausweitung Meldeportal

<b>Ziel</b>	Alle Meldungen sollen an einem Ort erfolgen (Effizienzgewinn) und Digitalisierung der Meldeprozesse
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	KSA Gruppe
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023-2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Meldungen erfolgen an verschiedenen Stellen in der Organisation, bspw. an verschiedenen Stellen im Intranet. Ein Meldeportal vereinfacht die Suche und ermöglicht eine digitalisierte Bearbeitung eingegangener Meldungen.
<b>Methodik</b>	Software H-Feedback
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Qualitätsmanagement, Strahlenschutz, Vigilanzbeauftragte, Legal und Compliance
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Anzahl Meldungen via Meldeportal und Thema



## Digitale Patientenzufriedenheitsmessung

<b>Ziel</b>	Kontinuierliche Patientenbefragung stationär und Erweiterung auf ambulant Patientinnen / Patienten
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ambulant Institut für Radiologie
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2023 - 2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Digitalisierung der ambulanten Patientenzufriedenheitsmessung
<b>Methodik</b>	Fragebogenentwicklung, digitale Umsetzung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Qualitätsmanagement & Radiologie
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Auswertungen der Patientenzufriedenheitsmessung Gesamtspital und ambulant in der Radiologie

## Leanmanagement Weiterentwicklung

<b>Ziel</b>	Prozesse sind so aufeinander abzustimmen, dass Verschwendungen jeglicher Art vermieden werden
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ganzes KSA
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2023 - 2024 Kinderspital
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Ressourcenoptimierung (human, finanziell, prozessual)
<b>Methodik</b>	Leanmanagementmethoden
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Messung der Zufriedenheit Patientinnen / Patienten und Mitarbeitende. Prozesskosten, Prozesskennzahlen.

## Erweiterung Meldung Patientenergebnisse

<b>Ziel</b>	Gemäss Definition der Patientenergebnisse sind die Meldeprozesse zu standardisieren und das Meldeportal aufzubauen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Qualitätsmanagement
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2023-2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Neben dem CIRS weitere Meldesysteme etablieren (smE, agT, Strahlenschutz etc.)
<b>Methodik</b>	Digitale Erhebung mit definierten Workflows
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Legal & Compliance, Pflege, Qualitätsmanagement
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Internes Audit

## Risikomanagement

<b>Ziel</b>	Digitale Abbildung des Risikomanagements
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Legal & Compliance, Qualitätsmanagement
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2022 - 2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Systemisches Risikomanagement
<b>Methodik</b>	Aufbau im Risikomanagementtool gemäss Risikomanagementkonzeption
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Legal & Compliance, SIBE, IT-Sicherheit, Technische Sicherheit, klinische Sicherheit
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Risikobewertung, Massnahmenüberprüfung, Audit

## Einführung neue gruppenweite Software Qualitätsmanagementsystem (QMS)

<b>Ziel</b>	Transparente Geschäftsprozesse, Dokumentationen und Wirkungsnachweisen von Qualität
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Qualitätsmanagement
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023 -2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Effizienz- und Effektivitätsgewinn im klinischen Alltag, Patientensicherheit, Erfüllung interne und externe Anforderungen
<b>Methodik</b>	QMS soll alle Anforderungen aus Akkreditierungen, Zertifizierungen und Anerkennungen extern und intern erfüllen inklusive GxP
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Projektcontrolling

## Einführung Geschäftsprozessmanagement kombiniert mit Lean KVP

<b>Ziel</b>	Transparente Prozesse mit messbaren Prozesskennzahlen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ganzes KSA
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023 - 2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Transparente Prozesse führen zu einem Effizienz- und Effektivitätsgewinn
<b>Methodik</b>	Umsetzung der SOP Prozessmanagement. Business Process Notation 2.0 (BPMN) Modellierung, Prozesskennzahlen, Prozessreifegrade und etablierte Leanmethoden
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Prozessaudits

## Qualitätsindikatorendashboard

<b>Ziel</b>	Qualität ausweisen mittels Qualitätsindikatoren
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Verschiedene Qualitätsindikatoren automatisiert ausleiten aus digitalen Systemen
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023 - 2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Proaktives und präventives Qualitätsmanagement mittels Qualitätsindikatorenssetting
<b>Methodik</b>	Validierte Qualitätsindikatoren
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Qualitätsmanagement, Pflegeentwicklung, Ärzteschaft
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Projektcontrolling

## TOM Target Operating Model Bettenstation

<b>Ziel</b>	Mit Hinblick auf den Neubau Dreiklang Optimierung der Prozesse, Verbesserung der Organisation und Effektivität, Ausrichtung auf die Strategie, Verbesserung der Patientenerfahrung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Programm Station der Zukunft
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023 - 2026
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Vom IST zum SOLL mit Hinblick auf die Prozesse der Zukunft, Organisation von Schulungen auf neue Prozesse und digitale Devices
<b>Methodik</b>	Projekt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Qualitäts- und Prozessmanagement, Leanmanagement, Pflege, spitalweite Bereiche
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Projektauswertung

## Integrierte Gesundheitsversorgung

<b>Ziel</b>	Umsetzung Integrierte Gesundheitsversorgung für ein optimale med. Behandlung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gefässchirurgie und Lindenfeld Pflegezentrum
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Steigerung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten nach Amputationen
<b>Methodik</b>	Zusammenarbeitkonzept
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Gefässchirurgie, Lindenfeld Pflegezentrum, Projekt- und Qualitätsmanagement
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Zusammen mit dem Pflegezentrum Lindenfeld hat das KSA Aarau ein für die politisch gewünschte integrierte Gesundheitsversorgung beispielhaftes und innovatives Pilotprojekt durchgeführt. Dank der Zusammenarbeit treten Patientinnen und Patienten nach einer Amputation zum medizinisch bestmöglichen Zeitpunkt aus dem Akutspital aus und profitieren im Pflegezentrum von einer optimalen medizinischen und pflegerischen Weiterbetreuung, bis sie in die Rehabilitationsklinik eintreten können.

## Neuausrichtung Notfallzentrum

<b>Ziel</b>	Reorganisation und Neuausrichtung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Notfallstation
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2023
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Steigende Fallzahlen
<b>Methodik</b>	Reorganisation
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Notfallstation
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	100000 Notfalleintritte. Diese Zahl zeigt eindrücklich die Bedeutung des Notfallzentrums als zentrales Element in der Gesundheitsversorgung, auch im Kontext Haus und Mangel an Kinderärztinnen /Kinderärzten. Das Notfallzentrum ist oft die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten. Hier sollen sie schnell und kompetent behandelt werden. Die jährlich steigenden Fallzahlen sind eine grosse Herausforderung, die Neuausrichtung bereitet auf diese Herausforderung vor.

**Bemerkungen**

Im Kantonsspital Aarau werden zahlreiche Projekte zur Qualitätsverbesserung in den Kliniken, Instituten, Bereichen und Abteilungen durchgeführt. Die hier genannten Projekte betreffen das zentrale Qualitätsmanagement und Projektmanagement zur Unterstützung der strategischen und operativen Zielerreichung.

Qualitätsprojekte inkl. Forschungsprojekte werden neu nach den hplus Kriterien bewertet.

#### 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 2003 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

Das CIRS am KSA ist seit Jahren etabliert und hat die folgenden Ziele:

- Durch einen definierten Rahmen die Meldung von kritischen Vorkommnissen durch Mitarbeitende aus allen Professionen zu ermöglichen und zu fördern
- Aus den Meldungen Verbesserungsmassnahmen zur Erhöhung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit abzuleiten und darüber zu informieren
- Ein Lernsystem zu etablieren und eine Qualitäts- und Sicherheitskultur zu fördern.

Das CIRS wird mit verschiedenen Rollen im System umgesetzt. Die Fallbearbeitung geschieht anhand eines standardisierten Workflows, welcher digital unterstützt wird.

CIRS Meldungen erfolgen über das zentrale Meldeportal.

Eine zentrale Schulung von Fallbearbeitenden wird angeboten. Der erfolgreiche Kursabschluss wird via easy learn Plattform erfasst.

Die Kliniken verfügen über CIRS- Board Sitzungen und M&M Konferenzen zur Fallbesprechung und Massnahmendefinition. Übergeordnete CIRS-/Vigilanz-Koordinationssitzungen finden 1xQuartal statt. Diese werden vom zentralen Qualitätsmanagement geleitet. Eine übergeordnete Konzeption beschreibt das Management von CIRS.

Anzahl CIRS Meldungen abgeschlossen Jahr 2023: **881** Anzahl CIRS Massnahmen Jahr 2023: **622**

#### 4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2012 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://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/fileadmin/Ergebnisveroeffentlichung/2023/Member/IQM\\_mitglied\\_459\\_DE.pdf](https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/fileadmin/Ergebnisveroeffentlichung/2023/Member/IQM_mitglied_459_DE.pdf) abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2019 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

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

#### **Bemerkungen**

Das KSA hat 2023 neue ärztliche Peers ausgebildet. Es hat kein Peer Review stattgefunden.

Seit 2023 ist die Leitung des Qualitätsmanagements vom KSA Mitglied des Lenkungsausschusses "Transparenz" der IQM.

## 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>A-QUA CH</b> Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine <a href="http://www.ssapm.ch/">www.ssapm.ch/</a>	2005
<b>AQC</b> 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 <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2000
<b>ASF</b> Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	2003
<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 Beginn
<b>Mammaimplantatregister</b> Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	MEM Institute for evaluative research in medicine <a href="http://www.memcenter.unibe.ch/">www.memcenter.unibe.ch/</a>	seit Beginn
<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch/">www.sgi-ssmi.ch/</a>	2003
<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 Beginn
<b>PCI Register</b> National PCI Register	Kardiologie	Arbeitsgruppe interventionelle Kardiologie schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie <a href="http://www.ptca.ch">www.ptca.ch</a>	2021
<b>PET Minimal Data Set</b>	Nuklearmedizin	Schweizerische Gesellschaft für Nuklearmedizin	2003



PET Minimal Data Set		<a href="http://www.nuklearmedizin.ch">www.nuklearmedizin.ch</a>	
<b>SBCDB</b> Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	SBCDB Swiss Breast Center Database c/o Adjumed Services AG <a href="http://www.sbcdb.ch">www.sbcdb.ch</a>	2011
<b>SCQM</b> SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation <a href="http://www.scqm.ch">www.scqm.ch</a>	1998
<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>	2012
<b>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch/">www.smob.ch/</a>	2008
<b>SNPSR</b> Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	2011
<b>SRSK</b> Schweizer Register für Seltene Krankheiten	Alle Fachbereiche	Institut für Sozial-und Präventivmedizin (ISPM) <a href="http://www.ispm.unibe.ch/research/research_registries_a...">www.ispm.unibe.ch/research/research_registries_a...</a>	2021
<b>STIZ - Tox Info Suisse</b> Schweizerisches Toxikologisches Informationszentrum	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Ophthalmologie, Pathologie, Prävention und Gesundheitsw., Psychiatrie und Psychotherapie, Tropen- und Reisemedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Arbeitsmedizin, Nephrologie, Pneumologie, Kl. Pharmakol. und Toxikol., Intensivmedizin	Tox Info Suisse <a href="http://www.toxinfo.ch">www.toxinfo.ch</a>	seit Beginn
<b>STR</b> Schweizer Traumaregister / Swiss Trauma Registry	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin, Versicherungsmedizin	Adjumed Services AG <a href="http://www.adjumed.ch/">www.adjumed.ch/</a>	2015
<b>SwissDisc</b> Swiss Disc Register	Neurochirurgie	Kantonsspital Aarau <a href="http://www.swissdisc.com">www.swissdisc.com</a>	2015
<b>Swissnoso SSI</b> Die nationale Surveillance der	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention	Verein Swissnoso <a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>	2012

postoperativen Wundinfektionen	und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin		
<b>SwissPit</b> Swiss Pituitary Registry	Neurochirurgie, Ophthalmologie, ORL, Endokrinologie/Diabetologie, Radiologie, Radio- Onkologie / Strahlenth., Neuropathologie	Kantonsspital Aarau <a href="http://www.swisspit.ch">www.swisspit.ch</a>	2016
<b>SWISSVASC</b> SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry <a href="http://www.swissvasc.ch/">www.swissvasc.ch/</a>	2004
<b>TR-DGU</b> TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin <a href="http://www.traumanetzwerk-dgu.de">www.traumanetzwerk-dgu.de</a>	2010

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>
<b>SKKR</b> Schweizer Kinderkrebsregister	Alle	Kinderkrebsregister <a href="http://www.kinderkrebsregister.ch">www.kinderkrebsregister.ch</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
EN ISO 13485:2016	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte AEMP	2010	2022	
Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS) / ISO 9001:2015	Spitalpharmazie	2013	2021	
SN EN ISO/IEC 17025:2018 SN EN ISO 15189:2013	Institut für Labormedizin (IfLM)	2000	2020	
Akkreditierung JACIE (Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT)	Hämatologie, Institut für Labormedizin und Blutspendezentrum	2005	2023	
Akkreditierung nach ISO/IEC 17020:2012	Institut für Rechtsmedizin: Forensische Medizin	2015	2020	
Akkreditierung nach ISO 17025:2017	Institut für Rechtsmedizin: Forensische Genetik; Forensische Toxikologie	2015	2020	
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Rettungsdienst	2007	2020	
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Sanitätsnotrufzentrale	2019	2023	
DIN EN ISO 9001:2015	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2018	2022	
DIN EN ISO 9001:2015	Institut für Pathologie	2018	2021	
DIN EN ISO 9001:2015	Pflege Bereich Chirurgie	2018	2021	
H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit (EKAS)	Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit	2015	2020	
CERT IQ	Beckenbodenzentrum	2014	2023	
DIN EN ISO 9001:2015	Onkologiezentrum Mittelland	2015	2021	Kombiverfahren DKG/ISO
DIN EN ISO 9001:2015	Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2018	2021	
DKG (Deutsche	Darmkrebszentrum	2015	2022	

Krebsgesellschaft)				
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Pankreaskrebszentrum	2016	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Brustkrebszentrum	2015	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Gynäkologisches Krebszentrum	2015	2021	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Neuroonkologisches Zentrum	2018	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Hautkrebszentrum	2016	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Kopf-Hals-Tumorzentrum	2018	2023	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Onkologiezentrum Mittelland	2015	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Lymphom- und Leukämiezentrum	2021	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Kinderonkologisches Zentrum	2022	2023	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Nierenkrebszentrum	2021	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Viszeralonkologisches Zentrum	20217	2022	
DIN EN ISO 9001:2015	Qualitätsmanagement	2015	2021	
DIN EN ISO 9001:2015	Radio-Onkologie-Zentrum KSA-KSB	2015	2021	Kombiverfahren DKG/ ISO
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Gynäkologische Onkologie, Gynäkologische Dysplasie-Einheit	2024	2021	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Harnblasenkrebszentrum	2021	2022	
NRG/RTOG National Cancer Institute USA	Radio-Onkologie-Zentrum KSA-KSB	2012	2023	
Fachzertifizierung der deutschen Röntgengesellschaft (DRG)	Radiologie, Kardiovaskuläre Bildgebung	2015	2020	

Rekole	Rechnungswesen	2014	2022	
Qualikita	Kindertagesstätte Zwärglihuus	2013	2021	
Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)-Anerkennung	Intensivmedizin	1998	2022	
Fachzertifikat Endometriose-Vereinigung	Endometriosezentrum	2018	2022	
Frauenklinik, Geburtshilfe	Baby Friendly Hospital	2023	2023	
Q-Label	Brustkrebszentrum	2023	2023	
USGG-Akreditierung	Gefässzentrum	2022	2022	
FESSH (Federation of European Societies for Surgery of the Hand)-Akkreditierung	Klinik für Plastische und Handchirurgie	2018	2023	
Medical Base approved by Swiss Olympic	Orthopädie, Sporttraumatologie	2022	2022	
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS)	Stroke Center	2013	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Uroonkologisches Zentrum	2017	2022	
DIN EN ISO 9001:2015	Darmkrebszentrum	2015	2021	Kombiverfahren DKG/ISO
DIN EN ISO 9001:2015	Pankreaszentrum	2016	2021	Kombiverfahren DKG/ISO
DIN EN ISO 9001:2015	Brustkrebszentrum	2015	2021	Kombiverfahren DKG/ISO
DIN EN ISO 9001:2015	Gynäkologisches Krebszentrum	2015	2021	Kombiverfahren DKG/ISO
DIN EN ISO 9001:2015	Neuroonkologisches Zentrum	2018	2021	Kombiverfahren DKG/ISO
DIN EN ISO 9001:2015	Hautkrebszentrum	2016	2021	Kombiverfahren DKG/ISO
DIN EN ISO 9001:2015	Lymphom- und Leukämiezentrum	2021	2021	Kombiverfahren DKG/ISO
DIN EN ISO 9001:2015	Prostatakrebszentrum	2016	2021	Kombiverfahren DKG/ISO

## Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Prostatakrebszentrum	2016	2022	
DIN EN ISO 9001:2015	Uroonkologisches Zentrum	2017	2021	Kombiverfahren DKG/ ISO
DIN EN ISO 9001:2015	Kopf-Hals-Tumorzentrum	2018	2021	Kombiverfahren DKG/ ISO
DIN EN ISO 9001:2015	Kinderonkologisches Zentrum	2022	2023	Kombiverfahren DKG/ ISO
DIN EN ISO 9001:2015	Harnblasenkrebstzentrum	2021	2021	Kombiverfahren DKG/ ISO
DIN EN ISO 9001:2015	Nierenkrebszentrum	2021	2021	Kombiverfahren DKG/ ISO
SPHEROX	Orthopädie und Traumatologie	2021	2024	

# **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>Kantonsspital Aarau AG</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.04	4.05	4.08	3.99 (4.20 - 4.22.00)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.52	4.45	4.48	4.51 (4.48 - 4.50)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.50	4.50	4.48	4.47 (4.52 - 4.54)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.34	4.35	4.34	4.37 (4.44 - 4.46)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.87	3.84	3.87	3.77 (3.99 - 4.01)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	89.10 %	88.10 %	87.90 %	86.68 %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				548
Anzahl eingetreffener Fragebogen		Rücklauf in Prozent		37.6 %

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/).

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

Die ANQ-Zufriedenheitsbefragung konzentriert sich seit 2011 auf nur wenige Kernthemen mit dem Ziel schweizweite Vergleiche der Ergebnisse zu ermöglichen. Die Messung erfordert, dass die Spitäler, wie auch das KSA, den ANQ-Kurzfragebogen mit einem eigenen, detaillierten Fragebogen kombiniert. Das KSA misst PREMS (Patient Reported Experience Measures) mit dem validierten Fragebogen von Picker seit 2022 (Picker England, 15 Items).

Die Messung der Patientenzufriedenheit vom ANQ findet im 2-Jahres Rhythmus statt. In der Akutsomatik erfolgt die Befragung nach dem Spitalaustritt. Dafür erhalten alle Patientinnen und Patienten, die im Erhebungszeitraum stationär in Behandlung waren, den ANQ-Kurzfragebogen per Post zugestellt. Die Patientinnen und Patienten können den Fragebogen in Papierform oder online ausfüllen.

Um künftig eine vertiefte Abfrage aller relevanten Dimensionen und ein detaillierteres Monitoring der Patientenperspektive im Langzeitverlauf zu ermöglichen, wird der jetzige Fragebogen ab **2025 durch ein differenziertes Befragungsinstrument abgelöst**. Der ANQ wird einen kanadischen PREM Fragebogen (CPES-IC Canadian Patient Experiences Survey on Inpatient Care) einsetzen. Die Befragung läuft dann unter dem Namen "Swiss PREMs". Das KSA wird an der Pilotmessung im Mai 2024 teilnehmen.

Die Ergebnisse aus 2022 wären auf den ersten Blick nicht zufriedenstellend für das KSA. Mit dem Wissen, dass es sich hierbei um eine oberflächliche Analyse handelt, fehlte dem KSA die Möglichkeit evidenzbasiert effektive Massnahmen zu setzen.

Die nationale Messung spiegelt nicht die Ergebnisse der kontinuierlichen Messung der Patientenzufriedenheit des KSA wider. Hierbei erzielt das KSA im Jahr **2023 eine Wiederempfehlungsrage von 94%**. Die Ergebnisse und Kommentare sind auf der Website des KSA nachzusehen.

**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 (≥ 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 Elektronische Patientenbefragung

Im September 2022 wurde die elektronische Patientenbefragung aller stationären Patientinnen und Patienten am KSA eingeführt. Der validierte PREM (Patient Reported Experience Measure) Fragebogen von Picker England umfasst, nebst einem allgemeinen Überblick, folgende Themenbereiche:

- Betreuung durch Ärztinnen und Ärzte,
- Betreuung durch Pflegepersonal,
- Art der Behandlung,
- Kommunikation/Allgemeine Informationen,
- Weiterempfehlung.

Die Befragung erfolgt ganzjährig. Gestoppt wird diese nur zu den vorgegebenen Zeiten der nationalen Messung der Patientenzufriedenheit. Patientinnen und Patienten sollen nicht mehrfach Fragebögen erhalten.

Bei einem Wunsch nach Kontaktaufnahme tritt das Rückmeldungsmanagement mit den Patientinnen und Patienten in Kontakt.

Ergebnisse und Kommentare sind auf der KSA-Website einsehbar.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Die Befragung erfolgt in allen Kliniken der KSA-Gruppe.

Eingeschlossen werden alle stationären Patientinnen und Patienten 24h nach dem stationären Austritt.

Ausgeschlossen aus der Befragung sind Wiederkehrer, verstorbene Patientinnen und Patienten und Patientinnen und Patienten ohne E-Mailadresse oder Natelnummer sowie diejenigen, die die Befragung ablehnen.

Der Fragebogen wird digital, per SMS oder E-Mail zugestellt. Die Auswertung erfolgt im Swiss Quali Quest Tool von Swiss QualiQuest by think beyond ag und sind tagesaktuell verfügbar. Patientinnen und Patienten können Kommentare hinterlassen und ihre Kontaktdaten.

Der validierte Fragebogen von Picker umfasst 15 Fragen.

Von **5207 Patientinnen und Patienten**, die in 2023 eine Rückmeldung abgegeben haben, **empfehlen 94%** das KSA weiter.

#### **Weitere Ergebnisse (max. Score 3.0)**

#### **Betreuung durch Ärztinnen und Ärzte am KSA ? 96%**

Wenn Sie wichtige Fragen an einen Arzt oder an eine Ärztin stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?

**Score 2,8/3 (Zufriedenheit 99%)**

Wenn Sie irgendwelche Ängste oder Befürchtungen wegen Ihres Zustandes oder wegen Ihrer

Behandlung hatten, hat dann ein Arzt oder eine Ärztin diese mit Ihnen besprochen?

**Score 2,8/3 (Zufriedenheit 97%)**

Haben Ärztinnen oder Ärzte vor Ihnen geredet, als ob Sie nicht da wären?

**Score 2,9/3 (Zufriedenheit 97%)**

Hatten Ihre Familie oder Angehörige ausreichend Gelegenheit, mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin zu reden?

**Score 2.5/3 (Zufriedenheit 92%)**

### **Betreuung durch das Pflegepersonal am KSA ? 98%**

Wenn Sie wichtige Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?

**Score 2,9/3 (Zufriedenheit 99%)**

Wenn Sie irgendwelche Ängste oder Befürchtungen wegen Ihres Zustandes oder wegen Ihrer Behandlung hatten, hat dann jemand vom Pflegepersonal diese mit Ihnen besprochen?

**Score 2,7/3 (Zufriedenheit 97%)**

#### **Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**

Die Befragung erfolgt ergänzend zu der nationalen ANQ-Messung, welche nur alle zwei Jahre stattfindet.

Die Ergebnisse sind insgesamt sehr gut. Verbesserungspotenziale können abgeleitet werden. Massnahmen können engmaschig monitorisiert werden, da die Befragung ganzjährig läuft und tagesaktuell vorliegt.

Patientinnen und Patienten können einen Kommentar erfassen und eine Rückmeldung wünschen.

Der ANQ wechselt sein Instrument 2025 auf einen PREM Fragebogen. Das KSA wird den neuen (validierten, kanadischen) Fragebogen prüfen und ggf. das aktuelle PREM Instrument ersetzen.

#### **Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	Picker
Methode / Instrument	Picker 15 Items

#### **Bemerkungen**

Picker / England - standardisierter, validierter Fragebogen (Picker 15 Items)

### **5.3 Beschwerdemanagement**

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Kantonsspital Aarau AG**

Rückmeldungsmanagement

Ulrike Sollmann M.Sc.

Leitung Qualitäts-, Prozess-, und

Risikomanagement,

Rückmeldungsmanagement

062 838 44 18

[qualitaet@ksa.ch](mailto:qualitaet@ksa.ch)

Mo bis Fr 08:00 - 11:00 und 14:00 - 17:00 h

Beschwerden sind integraler Bestandteil des

Rückmeldemanagements

## 6 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patientinnen und Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

### 6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik

Auch im Kinderbereich ist die Beurteilung der Leistungsqualität ein wichtiger Qualitätsindikator. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Eltern um diese Beurteilung gebeten. Dazu wurden die fünf Fragen des ANQ-Kurzfragebogen auf die Perspektive der Eltern angepasst.

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2023 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.75	8.62	8.96	8.69 (8.85 - 9.03)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.62	8.54	9.21	8.87 (8.85 - 9.01)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.96	8.91	9.03	8.90 (8.94 - 9.09)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.90	8.80	8.91	9.26 (9.00 - 9.15)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.31	9.43	9.50	9.46 (9.41 - 9.54)
Anzahl angeschriebene Eltern 2023				77
Anzahl eingetreffener Fragebogen			Rücklauf in Prozent	36.30 %

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

\* 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/).

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

Die Eltern von hospitalisierten Kindern bis 16 Jahre beurteilen alle zwei Jahre, wie zufrieden sie mit dem Spitalaufenthalt ihrer Kinder waren. In die Befragung eingeschlossen sind jeweils alle Kinder und Jugendlichen, die im Monat April austreten. Sie erhalten per Post einen Fragebogen zugestellt, den sie auf Papier oder Online ausfüllen können.

Nächster Erhebungszeitraum: April 2025

Die Eltern erhalten den ANQ-Kurzfragebogen mit 5 Fragen und einer Antwortskala von 1 bis 10. Die Fragethemen:

1. Weiterempfehlung des Spitals
2. Qualität der Behandlung
3. Verständliche Antworten durch die Ärztin/den Arzt
4. Verständliche Antworten durch das Pflegepersonal
5. Behandlung mit Respekt und Würde

Der ANQ plant, die Befragung der Eltern ebenfalls weiterzuentwickeln. Weitere Informationen folgen voraussichtlich im 2. Halbjahr 2024. Die Befragung 2025 der Eltern wird mit dem ANQ-Kurzfragebogen durchgeführt.

Das Kinderspital am KSA erzielte gute Ergebnisse in der letzten Befragung.

### 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 Eltern von allen stationär behandelten Patientinnen und Patienten (unter 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>

## 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 Fokus-Befragung

Die KSA Gruppe möchte für ihre Mitarbeitenden langfristig attraktiv sein. Die Strategie des KSA gibt Auskünfte über das Engagement im Personalmanagement. Im April 2023 hat der neue HR Leiter seine Funktion aufgenommen.

Seit 2021 führt die KSA-Gruppe eine Befragung bei allen Mitarbeitenden durch, in deren Fokus die Bindung des einzelnen Mitarbeitenden steht.

Einer der KSA Kultur Kernsätze ist der folgende:

"Wir leben Wertschätzung. Wir wollen den anderen und sein Tun verstehen. Wir sind präsent, hören zu, begegnen uns respektvoll und teilen uns mit".

Dies lässt sich gut auf die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung FOKUS ableiten.

Die Mitarbeitenden haben ihre Meinung mitgeteilt. Wichtig ist, dass die Mitarbeitenden erleben, dass sie ernst genommen werden, Ergebnisse besprochen werden und gemeinsam in den Teams und mit den Vorgesetzten nach Lösungen gesucht wird. Ergebnisse und Massnahmen aus der Befragung 2022, welche im Herbst eingeleitet wurden, wurden in 2023 weiterbearbeitet. So genannte Fokus-Champions unterstützen die Teams bei der Erarbeitung von Massnahmen.

In 2024 wird erneut eine Befragung der Mitarbeitenden durchgeführt.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir vom 01.06.2022 bis 27.06.2022 durchgeführt.

Die Befragung wurde bei allen Mitarbeitenden der KSA-Gruppe durchgeführt.

Eingeschlossen wurden alle Mitarbeitenden der KSA-Gruppe.

Von allen befragten Mitarbeitenden haben 64% an der Messung teilgenommen. Aus diesen rund 3000 Rückmeldungen ergibt sich, bei einer Skala von 1-5, ein stolzer Mittelwert der emotionalen Mitarbeiterbindung von 3.75.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Gallup
Methode / Instrument	FOKUS

## 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 Zuweisendenzufriedenheitsmessung

Das KSA führt ein strategisches und integriertes Zuweisendenmanagement gemäss Jahresplanung der Abteilung Marketing und Kommunikation.

Die Zuweisendenbefragung 2021 liefert entsprechend eine qualitative Datenbasis für die Jahre 2021 - 2024. Sie unterstützt die Pflege und den Ausbau der Zuweisendenbeziehungen.

Im Detail bedeutet dies:

- Verbesserungspotenziale erkennen und priorisieren
- Informationslücken bei den Zuweisenden aufdecken
- Zuweisungshemmnisse identifizieren
- Patientensteuerung verbessern
- Gesprächsansätze generieren

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom Mai 2022 bis Oktober 2022 durchgeführt.

Die Erhebung zur Zuweisendenzufriedenheit fand auf Ebene Gesamtpital mit vertiefenden, spezifischen Fragen zum Leistungsspektrum statt. 2024 wird eine Zuweisendenbefragung im Onkologiezentrum Mittelland durchgeführt.

Die Grundgesamtheit betrug 400 niedergelassene zuweisende Ärztinnen und Ärzte, wovon 54 nicht persönlich kontaktiert werden konnten (nicht erreichbar, zwischenzeitlich pensioniert oder umgezogen). Somit wurden insgesamt 346 Zuweisende befragt. 223 Zuweisende beteiligten sich an der Befragung, was eine Teilnahmequote von 65% ergab. Die Nicht-Anonymitätsquote betrug 67%, was erfreulich ist.

Die Gesamtzufriedenheit der Zuweisenden mit den Kliniken des KSA ist hoch. Die fachliche Kompetenz wird von den Zuweisenden als insgesamt sehr gut beurteilt. Als Hauptunterschied zu den Benchmarkpartnern wurden das sehr umfassende Leistungsangebot und die Grösse des Spitals genannt. Das KSA wird als Endversorger-Zentrumsspital wahrgenommen. Verbesserungspotenziale, wie bspw. die noch individuellere Betreuung der Patientinnen und Patienten, wurden abgeleitet.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	rotthaus.com
Methode / Instrument	Telefoninterviews

## 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>Kantonsspital Aarau AG</b>	<b>Risikoadjustierte Rate</b>
Spitalweite Kohorte	7.21 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	5.67 %
Kardiorespiratorische Kohorte	13.21 %
Kardiovaskuläre Kohorte	10.14 %
Neurologische Kohorte	7.54 %
Sonstige medizinische Kohorte	8.94 %

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/).

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

Im Jahr 2022 wurde der Algorithmus in der Auswertung der Rehospitalisationen innert 30 Tage vom ANQ in Zusammenarbeit mit der Hochschule Luzern grunderneuert. Das KSA begrüsst die Überarbeitung der Auswertung des Indikators und führt freiwillig spitaleigene Auswertungen im Format der Medizinischen Statistik durch. Die neue Onlineplattform Qlize! ist ansprechend.

Die Ergebnisse des KSA sind unauffällig. Raten, welche als geringfügig höher als Vergleichswerte deklariert werden, werden plausibilisiert. Es zeigt sich in der Kürze der Messung noch kein Trend in den Ergebnissen.



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>Kantonsspital Aarau AG</b>					
Primäre Hüfttotalprothesen	362	2.20%	2.50%	2.20%	2.10%
Primäre Knieprothesen	363	2.80%	3.10%	2.50%	2.60%

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/).

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

Seit Jahren unauffällige Ergebnisse.

#### 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, Wirbelsäulenchirurgie 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 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>Kantonsspital Aarau AG</b>						
Gallenblasen-Entfernungen	284	3	0.00%	0.00%	0.00%	1.00% (0.00% - 2.10%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	81	2	1.30%	6.00%	4.30%	2.40% (0.00% - 5.80%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	93	13	23.50%	8.40%	27.30%	14.00% (6.90% - 21.00%)

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>Kantonsspital Aarau AG</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	85	1	0.00%	0.00%	4.80%	0.40% (0.00% - 1.60%)

\* 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**

Infektionen nach Gallenblasenentfernungen wurden erstmals erhoben. die Ergebnisse sind erfreulich. Die Coloninfektionen sind zum Vorjahr gesunken.

Niedrige Fallzahlen haben einen Einfluss auf statistisch höhere Infektionsraten.

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.

## 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>Kantonsspital Aarau AG</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	8	5	11	–
In Prozent	3.20%	2.20%	5.40%	–
Residuum* (CI** = 95%)	0.03 (-0.35 - 0.41)	0.05 (-0.51 - 0.41)	0.36 (0.15 - 0.86)	– (–)
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

Prävalenzmessungen ermöglichen nur einen mässigen Vergleich mit Best-Practice-Organisationen (Benchmarking) und sind somit für Qualitätsverbesserungen in den Bereichen Prävention und Behandlung für das KSA nicht die erste Wahl. Sie gelten als pflegesensitive Indikatoren, d.h. die Pflegenden haben die Möglichkeit das Ergebnis zu beeinflussen.

Die nationale Messung Sturz & Dekubitus des ANQ wurde **im Jahr 2023 sistiert**. Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige Messmethode der Universität Maastricht LPZ abzulösen. **Das KSA begrüsst das Vorgehen**. Der ANQ verfolgt neu das Ziel, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. Dafür unterstützt der ANQ das PROJEKT VIS(Q)UAL DATA der Berner Fachhochschule BFH.

Die Sturzrate 2022 des KSA war leicht erhöht gegenüber den Vergleichsspitalern, jedoch ist hier in den letzten drei Jahren kein Trend ersichtlich gewesen. Zu berücksichtigen ist zudem, dass das Kantonsspital Aarau komplexe Krankheitsbilder bspw. in der Klinik für Nuerologie sowie in der Klinik für Neurochirurgie behandelt.

#### 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>Kantonsspital Aarau AG</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	5	5	1	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0.03 (-0.26 - 0.32)	0.49 (-0.08 - 1.07)	-0.31 (-1.03 - 0.41)	–	–
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**

Prävalenzmessungen ermöglichen nur einen mässigen Vergleich mit Best-Practice-Organisationen (Benchmarking) und sind somit für Qualitätsverbesserungen in den Bereichen Prävention und Behandlung nicht die erste Wahl. Sie gelten als pflegesensitive Indikatoren, d.h. die Pflegenden haben die Möglichkeit das Ergebnis zu beeinflussen.

Die nationale Messung Sturz & Dekubitus des ANQ wurde **im Jahr 2023 sistiert**. Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige Messmethode der Universität Maastricht LPZ abzulösen. **Das KSA begrüsst das Vorgehen**. Der ANQ verfolgt neu das Ziel, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. Dafür unterstützt er das PROJEKT VIS(Q)UAL DATA der Berner Fachhochschule BFH.

Die Dekubitusgesamtrate im Jahr 2022 des KSA war niedriger als die der Vergleichsspitäler.

**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>

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Pilotprojekt PROMs

Das Pilotprojekt PROMs wurde 2022 in der Radioonkologie und in der Sporttraumatologie durchgeführt. Die Prozesse in beiden Bereichen sind unterschiedlich. Von der Ersterfassung im Wartezimmer, via Tablet, hin zu einem Linkversand nach Hause mit dem Aufgebot für die erste Sprechstunde. Die Erfassung, mittels validierter Fragebögen, wurde während des Aufenthaltes und nach Austritt weitergeführt. Die Ergebnisse sind Gegenstand ärztlicher Patientengespräche.

Die Software der Firma Heartbeat wurde für den Piloten evaluiert und genutzt. Während des Piloten hat sich Heartbeat dazu entschlossen, nur noch eingeschränkte Standardsets von ICHOM anzubieten. Das Angebot passte nicht mehr zu den Anforderungen des KSA. Eine Re- Evaluation eines PROM Erfassungssystems wurde in 2023 durchgeführt. Die Pilotierung erfolgt 2024.

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

#### 18.2.1 PREM

Das Projekt PREM Patient Reported Experience Measures startete im September 2022. Gemessen wird die Patientenerfahrung zu einem stationären Klinikaufenthalt. Der international validierte Fragebogen von Picker (England, 15 Items) wurde lizenziert und in die Software von SQQ (Swiss Quali Qest) integriert. Die Befragung erfolgt via SMS und E-Mail.

Die Ergebnisse stehen zeitnah - tagesaktuell - in einem Dashboard zur Verfügung. Die Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeiten eine Rückmeldung in einem Kommentar zu erfassen. Die Auswertung ist bis auf Klinikstufe möglich.

2023 wurde die Befragung im ambulanten Bereich erfolgreich pilotiert in der Radiologie.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 RQS Zertifizierung Spitalpharmazie

Die Spitalpharmazie hat sich gemäss der Anforderungen des Referenzsystems Qualität für Spitalapotheken, kurz RQS, in 2023 erfolgreich zertifizieren lassen. 2024 erfolgt das erste Aufrechterhaltungsaudit.

### 18.3.2 Babyfriendly Hospital

Das KSA erfüllt die Qualitätskriterien der «Babyfreundliches Spital Initiative (BFSI)» von UNICEF und WHO und wurde von UNICEF Schweiz und Liechtenstein mit dem Qualitätslabel «Babyfreundliches Spital» ausgezeichnet.

Als Grundlage der Initiative dienen die «Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen». Diese zehn Schritte sollen primär die Gesundheit des Neugeborenen stärken. Das Pflegepersonal des KSA übt dabei eine beratende und unterstützende Funktion aus.

Hierbei sind die zentralen Merkmale:

- die Mutter-Kind-Beziehung stärken
- das Stillen fördern
- das Gesundheitspersonal laufend aus- und weiterbilden

### 18.3.3 Beckenbodenzentrum

Das Beckenbodenzentrum am KSA ist gemäss der Vorgaben CERTIQ zertifiziert worden.

Das Beckenbodenzentrum des KSA beschäftigt sich schwerpunktmässig mit Problemen der Harn- und Stuhlinkontinenz sowie funktionellen Störungen und Erkrankungen des Beckenbodens. Dies schliesst auch Fehlbildungen, benigne und maligne Tumore sowie Funktionsstörungen aus vorausgegangenen Verletzungen oder Operationen mit ein. Aufgaben der zertifizierten Kontinenz- und Beckenbodenzentren sind:

- Prävention, Diagnostik, konservative und operative Therapie sowie Rehabilitation von Patienten, die unter Blasen-, Darm- sowie Beckenbodenerkrankungen leiden
- Regelmässige und enge interdisziplinäre Zusammenarbeit aller beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Fachbereiche
- Interdisziplinäre und interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen
- Öffentliche Aufklärungsarbeit und Informationsveranstaltungen
- Beteiligung an themenbezogenen Forschungsvorhaben soweit möglich

### 18.3.4 Brustzentrum Krebsliga

Die Krebsliga Schweiz (KLS) und die Schweizerische Gesellschaft für Senologie (SGS) vergeben gemeinsam ein Qualitätslabel (Gütesiegel) für Brustzentren. Das Label zeichnet Brustzentren aus, die klar definierte Anforderungen an die Qualität der Behandlung und Betreuung von Frauen mit Brustkrebs erfüllen. Das Brustzentrum des KSA hat 2023 das Qualitätslabel erlangt.

#### Qualitätskriterien

Um das Label der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie zu erlangen, muss ein Brustzentrum diverse Qualitätskriterien erfüllen.

Wichtige Bedingungen sind zum Beispiel:

Besprechung aller Patientinnen in einer Konferenz (= Tumorboard), an der alle Experten und Expertinnen teilnehmen, die für die Therapie-Entscheidungen wesentlich sind.

Behandlung und Betreuung durch ein interdisziplinäres Team, dem Fachärzte und -ärztinnen, sowie Fachleute der Psychologie und Pflege angehören.

Zentral ist auch die Erfahrung des Teams: Mindestens 100 Brustkrebspatientinnen (bzw. 3 Jahre nach der Zertifizierung mindestens 125) muss ein Brustzentrum jährlich betreuen und die einzelnen Fachvertreter müssen die geforderten Fallzahlen in ihrer jeweiligen Disziplin aufweisen.

Weitere Kriterien betreffen das Arbeiten gemäss den aktuellen, von den Fachgesellschaften auf europäischer Ebene empfohlenen Leitlinien für Diagnostik und Therapie, die apparative Ausstattung, die Teilnahme an klinischen Studien sowie Information und geregelte Nachsorge der Patientinnen.

Zur regelmässigen Qualitätssicherung werden die Daten der Brustkrebs-Patientinnen in Q-Label zertifizierten Zentren verschlüsselt in der Swiss Breast Center's Database (SBCDB) erfasst und anonym ausgewertet. Dem Datenschutz wird dabei höchste Beachtung geschenkt und die Zugänge zur Datenbank werden kontrolliert vergeben. Zudem bestehen keine Schnittstellen mit anderen Registern wie beispielsweise dem Mammeregister von Swiss Plastic Surgery.

### 18.3.5 FESSH-Akkreditierung

Die Klinik für Plastische und Handchirurgie KSA Aarau wurde von der europäischen Vereinigung der Gesellschaften für Handchirurgie (Federation of European Societies for Surgery of the Hand – FESSH) für 5 Jahre als «Hand Trauma and Replantation Center» akkreditiert.

Kriterien für eine Akkreditierung durch die europäische Organisation sind unter anderem der Nachweis eines 24-Stunden-Notfalldienstes für handchirurgische Notfälle, die Sicherstellung der Rehabilitation durch eine spezialisierte Handtherapie und Mindestzahlen an mikrochirurgischen Eingriffen.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Diese Nachricht war definitiv positiv: Das KSA hat nach einem Millionenverlust wieder schwarze Zahlen geschrieben, entgegen dem allgemeinen Branchentrend. Das war nur möglich durch die gemeinsamen Anstrengungen aller Mitarbeitenden. Die Qualität der Patientenversorgung- und Sicherheit hat nie gelitten, Patientinnen und Patienten stehen immer im Fokus und damit im Mittelpunkt.

Eine erfolgreiche Gesundheitsversorgung gelingt nur gemeinsam. Trotz Umbruch und Aufbruch spürt das KSA den grossen Einsatz ihrer Mitarbeitenden fürs KSA und für die Patientinnen und Patienten - und das tagtäglich. Die erreichte, gute Patientenzufriedenheit zeigte es ebenfalls: Die Mitarbeitenden machen einen hervorragenden Job. Ihnen gebührt deshalb ein herzlicher Dank und wertschätzende Anerkennung für das Geleistete.

Das KSA baut weiter das "Spital der Zukunft" und legt die benötigte zukünftige Organisation und die Prozesse in der Transformation fest.

Dr. rer.pol. Markus Meier wird im August 2024 seine herausfordernde Funktion als CEO der KSA Gruppe antreten. Er wird den Vorsitz des Qualitätssteueraussschusses übernehmen.

2023 fand der Auftakt zur Strategieanpassung statt. Die Strategieanpassung wird 2024 der Öffentlichkeit präsentiert werden. Teile dieser ambitionierten Strategie werden sein:

- Neupositionierung der Gruppe und
- Definition strategischer Schwerpunkte in Abstimmung mit dem Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Aargau.

Im Weiteren hat der Verwaltungsrat ebenfalls ein mehrjähriges Sanierungsprogramm verabschiedet, welches darauf abzielt, das finanzielle Gleichgewicht zu erreichen und die Gruppe für die Zukunft so stark aufzustellen, dass sie den kommenden Herausforderungen gewachsen ist.

## 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)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>
Kraniale Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
Spinale Neurochirurgie
Periphere Neurochirurgie
Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS) ohne die komplexen vaskulären Anomalien (IVHSM)
Behandlungen von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems ZNS (IVHSM)
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Epileptologie: Komplex-Behandlung
Komplexe Behandlung von Hirnschlägen (IVHSM)
Epileptologie: Prächirurgische Epilepsiediagnostik (IVHSM)
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>
Ophthalmologie
Strabologie
Orbita, Lider, Tränenwege

Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Komplexe Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
<b>Gefässe</b>
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie



Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
Cystische Fibrose
Polysomnographie
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion)
Mediastinaleingriffe
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Plexuschirurgie
Replantationen
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und $\geq$ 1000g)
Hochspezialisierte Neonatologie ( $<$ 28. Woche und $<$ 1000g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)

## 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).