



# Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

28.05.2020  
Dr. Markus Bircher, CEO

Version 1

**See-Spital**

[www.see-spital.ch](http://www.see-spital.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 2019.

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

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

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2019

Herr  
Ciril Schaad  
Leiter Qualitätsmanagement  
044 728 63 57  
[ciril.schaad@see-spital.ch](mailto:ciril.schaad@see-spital.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil. Nach Akutsomatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichsspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualitätsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitälern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: [www.patientensicherheit.ch/momo](http://www.patientensicherheit.ch/momo).

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualitätsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen .....	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	13
4.5 Registerübersicht .....	14
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	15
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>16</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>17</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>17</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	17
5.2 Eigene Befragung .....	19
5.2.1 Interne Patientenbefragung stationär .....	19
5.2.2 Interne Patientenbefragung ambulant .....	19
5.3 Beschwerdemanagement .....	20
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>21</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>21</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	21
<b>10 Operationen</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>22</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	22
<b>12 Stürze</b> .....	<b>25</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	25
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>27</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	27
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>17 Weitere Qualitätsmessungen</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	

<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>29</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	29
18.1.1	Optimierung AIR.....	29
18.1.2	Umsetzung Wertstromanalyse End-to-end "Atmungsorgane" .....	30
18.1.3	Umsetzung Wertstromanalyse End-to-End "Muskel-Skelett-System" .....	31
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019 .....	32
18.2.1	Wertstromanalyse End-to-end "Atmungsorgane" .....	32
18.2.2	Wertstromanalyse End-to-End "Muskel-Skelett-System" .....	33
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	34
18.3.1	Committed to Friendly Work Space .....	34
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>35</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>36</b>
Akutsomatik .....		36
<b>Herausgeber</b> .....		<b>39</b>

## 1 Einleitung

Das See-Spital bietet im Rahmen seines Leistungsauftrags eine qualitativ hochstehende und konkurrenzfähige medizinische Versorgung für die regionale Bevölkerung an - inklusive 24-h-Notfall- und Rettungsdienst.

Das See-Spital ist verankert in Horgen und Kilchberg, aber über die Kantonsgrenzen hinaus vernetzt. Es ist sowohl für akute Notfälle als auch für ambulante und stationäre Behandlungen eingerichtet.

In Horgen sind die Chefarzt-geführten Kliniken für Innere Medizin und Chirurgie sowie die Frauenklinik mit der Geburtshilfe angesiedelt. Diese werden unterstützt von den ebenfalls Chefarzt-geführten Abteilungen für Anästhesie und Radiologie. Als Akutspital führt Horgen eine 24-Stunde-Notfallstation und eine Intensivstation.

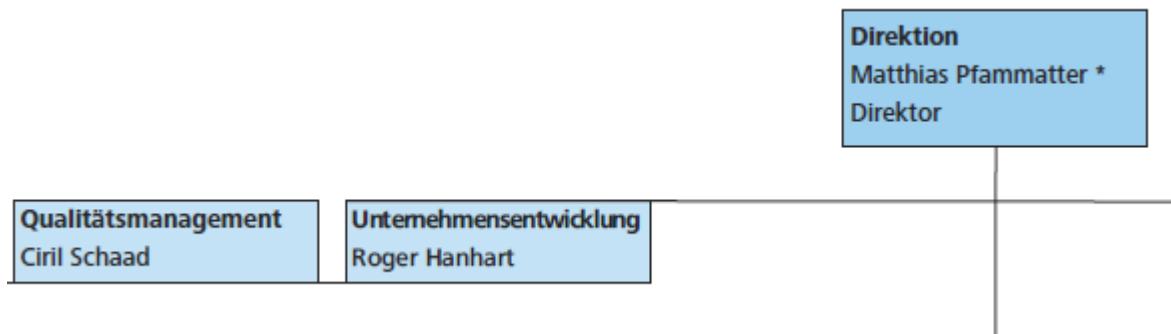
Der Standort Kilchberg wird im Belegarzt-System geführt. Belegärzte sind Ärztinnen und Ärzte, die eine eigene, vom Spital unabhängige Praxis führen und am See-Spital stationär oder ambulant behandelte Eingriffe vornehmen. Im 4. Stock des Hauptgebäudes im See-Spital Kilchberg ist ein Wohn- und Pflegeheim untergebracht.

### [Medizinisches Angebot](#)

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **140** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Ciril Schaad, Lic. phil. II  
Leiter Qualitätsmanagement  
044 728 63 57  
[ciril.schaad@see-spital.ch](mailto:ciril.schaad@see-spital.ch)

Frau Mizgin Ceyhan  
Assistentin Qualitätsmanagement  
044 728 63 15  
[mizgin.ceyhan@see-spital.ch](mailto:mizgin.ceyhan@see-spital.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Es ist uns wichtig, Ihnen als Patientin oder Patient eine optimale, kompetente Behandlung und eine einfühlsame Betreuung zukommen zu lassen. Damit wir halten können, was wir versprechen, analysieren wir regelmässig unsere Leistungen. Dies kommt im Leitbild des See-Spitals zum Ausdruck.

#### **Mission: Wozu gibt es uns?**

- Wir stellen die qualitativ hochstehende und konkurrenzfähige medizinische Versorgung für die regionale Bevölkerung sicher – inklusive 24h-Notfall- und Rettungsdienst.
- Über die Grundversorgung hinaus und im Rahmen des Leistungsauftrages bieten wir ein ausgewähltes Spektrum spezialisierter und innovativer medizinischer Angebote an.
- Wir sorgen durch unser wirtschaftliches Handeln für die nachhaltige Gesundheit des Unternehmens.
- Wir engagieren uns im Kurs-, Aus-, Fort- und Weiterbildungswesen.
- Wir fördern die Vernetzung und Integration der Akteure im Gesundheitswesen in unserer Region bis hin zu Kooperationen, Beteiligungen oder der Gründung von Tochtergesellschaften.

#### **Vision: Wohin wollen wir?**

- Wir decken zusammen mit den Haus- und Fachärzten am linken Zürichseeufer die medizinische Akut- und Notfallversorgung der Bevölkerung umfassend ab.
- Wir sichern unsere Position durch innovative Angebote, durch konkurrenzfähige Fallkosten und durch eine aktive Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern innerhalb und ausserhalb unserer Region.
- Wir positionieren uns professionell im Markt und zeichnen uns darüber hinaus durch ein attraktives Angebot für Zusatzversicherte aus.
- Wir agieren proaktiv auf die Herausforderungen des Marktes und dessen Rahmenbedingungen und sichern uns eine gute Marktposition.
- Wir sind für unsere hohe medizinische (ärztliche, pflegerische und therapeutische) Fachkompetenz, unsere Schwerpunkte und unsere ethische Haltung bekannt.
- Wir arbeiten patienten- und prozessorientiert, effizient und mit hoher Servicequalität.
- Wir sind ein finanziell solides Unternehmen und nutzen unser duales Standort- und Betriebsmodell (Horgen / Kilchberg) für ein gezieltes Wachstum und die Verbesserung unserer Wirtschaftlichkeit.
- Wir sind für Mitarbeitende ein attraktiver und in der Region gut verankerter Arbeitgeber und Ausbilder und sichern uns so die Verfügbarkeit von hochqualifiziertem Personal.
- Wir leben eine kunden- und teamorientierte, unternehmerisch- flexible und verbindliche Arbeits- und Führungskultur.

#### **Werte: Wofür verpflichten wir uns?**

- Folgende Werte sind für uns von zentraler Bedeutung, um das Vertrauenskapital auszubauen und den Geschäftserfolg in Zukunft sicherzustellen:
- Wir orientieren uns am Patienten, denken und handeln ethisch.
- Alle unter unserem Namen erbrachten Dienstleistungen sind von hoher medizinischer Fachkompetenz und Qualität.
- Wir handeln wirtschaftlich und setzen unsere Ressourcen nachhaltig ein.
- Wir arbeiten interdisziplinär und haben ein hohes Verantwortungsbewusstsein für das gesamte Unternehmen.
- Wir denken und handeln unternehmerisch flexibel und zeigen Innovationsbereitschaft.
- Mit externen Partnern gehen wir Kooperationen ein.
- Fairness, Wertschätzung und Förderung der Mitarbeitenden ist uns wichtig.
- Wir handeln verbindlich und zuverlässig nach innen und aussen.



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

### **3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019**

- Weiterentwicklung hin zu einem „Lean Management Hospital“.
- Kontinuierliche Messung der internen Patientenzufriedenheit und Umsetzung geeigneter Verbesserungsmaßnahmen.

### **3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019**

- Lean Management Programm durchgeführt.
- Interne Patientenzufriedenheit im stationären und ambulanten Bereich kontinuierlich gemessen, ausgewertet und Massnahmen eingeleitet.
- Beratungen und Schulungen im Bereich Qualitätsmanagement und Lean,-Prozessmanagement durchgeführt.

### **3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren**

- Entwicklung des See-Spitals hin zu einem „Lean Management Hospital“.
- Ausbau der Prozesslandkarte und Modellierung ausgewählter Management-, Kern- und Supportprozesse.
- Förderung des Reifegrades der Prozesse, Einführung von Prozessverantwortlichen und Prozessleitenden für sämtliche Prozesse.
- Betreuung und Vereinfachung des Dokumentenmanagements.
- Fördern des internen Ideenmanagements via Meldeportal und Kaizenboards.
- Durchführen der Messungen gemäss Messplan, Analyse der Auswertung und Einleiten von Verbesserungsmaßnahmen.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:	See-Spital, Standort Horgen	See-Spital, Standort Kilchberg
<i>Akutsomatik</i>		
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	√	√
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	√	√
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	√	√
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz	√	√
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	√	√

## 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

<b>Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:</b>	See-Spital, Standort Horgen	See-Spital, Standort Kilchberg
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indikations- und Ergebnisqualität bei Hüft- und Knie-Prothesenoperationen</li> </ul>	√	√

## 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

<b>Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:</b>	See-Spital, Standort Horgen	See-Spital, Standort Kilchberg
<i>Patientenzufriedenheit</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interne Patientenbefragung stationär</li> </ul>	√	√
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interne Patientenbefragung ambulant</li> </ul>		√

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Optimierung AIR

<b>Ziel</b>	Die Effektivität und Effizienz in der anästhesiologischen Leistungserbringung ist erhöht bei mindestens gleichbleibender Mitarbeitenden- und Patientenzufriedenheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin
<b>Standorte</b>	See-Spital, Standort Horgen, See-Spital, Standort Kilchberg
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Januar bis August 2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Lean Methoden einsetzen, ein Projekt innerhalb des Roll-outs Lean Hospital Management
<b>Methodik</b>	Tätigkeitsstrukturanalyse, Lean Management
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Zeitersparnisse werden identifiziert und Optimierungsmassnahmen definiert, was eine höhere Effizienz und Effektivität bei der Leistungserbringung zur Folge hat.

##### Umsetzung Wertstromanalyse End-to-End "Atmungsorgane"

<b>Ziel</b>	Der bestehende stationäre Prozess «Atmungsorgane» in Horgen ist auf Stärken und Schwächen untersucht.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	See-Spital, Horgen
<b>Standorte</b>	See-Spital, Standort Horgen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Januar bis Dezember 2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Lean Methoden einsetzen
<b>Methodik</b>	Wertstromanalyse, Lean Management
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflegedienst, Disposition, Innere Medizin.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Mit der internen Patientenumfrage für den stationären Bereich und den DRG-Kosten wird die Wirkungsmessung durchgeführt.

## Umsetzung Wertstromanalyse End-to-End "Muskel-Skelett-System"

<b>Ziel</b>	Der bestehende stationäre Prozess «Muskel-Skelett-System» in Kilchberg ist auf Stärken und Schwächen untersucht.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	See-Spital, Kilchberg
<b>Standorte</b>	See-Spital, Standort Kilchberg
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Januar bis Dezember 2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Lean Methoden einsetzen, ein Projekt innerhalb des Roll-outs Lean Hospital Management
<b>Methodik</b>	Wertstromanalyse, Lean Management
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Anästhesiologie, Pflegedienst, Disposition, Patientenaufnahme, Medizinisches Sekretariat.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Mit der internen Patientenumfrage für den stationären Bereich und den DRG-Kosten wird die Wirkungsmessung durchgeführt.

## 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 2004 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

## 4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/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	Standorte
<b>AMIS Plus</b> Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	2009	See-Spital, Standort Horgen
<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, Bariatrie, Wundbehandlung	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2011	Alle
<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>	2011	Alle
<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>	2011	See-Spital, Standort Horgen
<b>MS</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	2014	Alle
<b>Prostatektomie-Register</b> Prostatektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie <a href="http://swissurology.ch/register/">swissurology.ch/register/</a>	2019	See-Spital, Standort Kilchberg
<b>SIBDCS</b> SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie <a href="http://ibdcohort.ch/">http://ibdcohort.ch/</a>	2011	See-Spital, Standort Horgen
<b>SIRIS</b>	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung	2012	Alle

Schweizerisches Implantatregister		in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>		
<b>Swissnoso SSI</b> Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso <a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>	2002	Alle
<b>KR Zürich/Zug</b> Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	<a href="http://www.krebsregister.usz.ch">www.krebsregister.usz.ch</a>	2011	See-Spital, Standort Horgen

#### 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:					
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Standorte	Kommentare
HQuality	Zusatzversicherte	2008	2013	Alle	
Rettungsdienst IVR	Rettungsdienst	2006	2017	See-Spital, Standort Horgen	
ISO 9001:2015	Personal	2017	2017	Alle	
Committed to Friendly Work Space	See-Spital	2018	2018	Alle	

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**



## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte		Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
	2016	2017	
<b>See-Spital, Standort Horgen</b>			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	3.98	4.15	4.00 (3.91 - 4.09)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.46	4.47	4.51 (4.41 - 4.61)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.54	4.53	4.43 (4.34 - 4.53)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.34	4.51	4.48 (4.35 - 4.60)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.89	3.98	3.86 (3.75 - 3.98)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	90.90 %	89.50 %	87.00 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2018			500
Anzahl eingetreffener Fragebogen	240	Rücklauf in Prozent	48 %
<b>See-Spital, Standort Kilchberg</b>			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.26	4.21	4.17 (4.03 - 4.31)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.66	4.69	4.48 (4.34 - 4.63)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.63	4.67	4.60 (4.47 - 4.73)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.59	4.65	4.61 (4.79 - 4.79)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.00	4.20	4.08 (3.91 - 4.25)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	88.10 %	93.00 %	94.30 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2018			239
Anzahl eingetreffener Fragebogen	107	Rücklauf in Prozent	45 %

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

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

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

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im September 2018 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Interne Patientenbefragung stationär

Der interne Patientenbefragung stationär umfasst dieselben Fragen wie die Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik. Zusätzliche Auswertungen sind auf der Website des See-Spitals publiziert: [Patientenzufriedenheit](#)

Diese Patientenbefragung haben wir vom Januar bis Dezember an allen Standorten durchgeführt. In allen stationären Bereichen des See-Spitals an den Standorten Horgen und Kilchberg. Eingeschlossen sind sämtliche stationären Patienten des See-Spitals, welche den Umfragebogen ausgefüllt und abgegeben haben.

Im See-Spital wird rund ums Jahr die Patientenzufriedenheit mit einem Umfragebogen erhoben. Dieser umfasst 19 Fragen, welche auch die Fragen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) beinhalten.

Die interne Patientenbefragung 2019 zeigt ein positives Bild: Werden die positiven Attribute (ausgezeichnet, sehr gut und gut) zusammengezählt und der Durchschnitt über sämtliche Fragen ermittelt, ergibt sich ein Wert von 98 Prozent.

Die Fragen konnten mit einer fünfstufigen Skala von „ausgezeichnet“ bis „schlecht“ bewertet werden. Eine Ausnahme bildete die Frage 18: "Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthaltes?" Hier konnten die Patienten wählen zwischen "zu lang", "genau richtig" und "zu kurz". 93.5 Prozent der Patienten stufen die Dauer ihres Spitalaufenthalts als genau richtig ein.

Besonders zufrieden waren die Patienten mit der Möglichkeit zur Fragenstellung, am wenigsten zufrieden mit der Qualität der Verpflegung.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

### 5.2.2 Interne Patientenbefragung ambulant

Ziele der Befragung sind die Überprüfung der Patientenzufriedenheit und Aufnahmen von Aussagen zur Behandlungsqualität, sowie das Ableiten von ökonomisch strukturierten Prozesse für ambulante Behandlungen.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Januar bis Dezember am Standort „See-Spital, Standort Kilchberg“ durchgeführt.

Die Messung hat im Ambulanten Operationszentrum Kilchberg stattgefunden.

Die Befragung richtet sich an Patienten, welche gemäss kantonaler Indikationsliste ambulant vor stationär behandelt wurden.

Befragungsperiode und Umfang: Ganjährig wurden Patienten direkt nach dem Eingriff über einen digitalen Fragebogen befragt.

Es sind insgesamt 408 auswertbare Rückmeldungen beim Qualitätsmanagement eingegangen.

Die Antworten erfolgten auf einer Bewertungsskala mit 1-5 Punkten, wobei der Gesamtzufriedenheitsindex bei 94.9 lag.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **See-Spital**

Rückmeldemanagement

Mizgin Ceyhan

Qualitätsmanagerin

044 728 63 15

[mizgin.cejhan@see-spital.ch](mailto:mizgin.cejhan@see-spital.ch)

Dienstag, Mittwoch und Freitag zu  
Bürozeiten.

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2014	2015	2016	2017
<b>See-Spital</b>				
Anteil externer Rehospitalisationen	-	25.49%	27.30%	39.30%
Verhältnis der Raten*	0.75	0.8	0.79	0.75
Anzahl auswertbare Austritte 2017:				7686

\* Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:	See-Spital, Standort Horgen	See-Spital, Standort Kilchberg
▪ Blinddarm-Entfernungen	√	
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	√	
▪ Hernienoperationen	√	√
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)	√	
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	√	√

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2018 – 30. September 2019

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2019 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2019 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2019 (CI*)
			2016	2017	2018	
<b>See-Spital, Standort Horgen</b>						
Blinddarm-Entfernungen	8	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	8	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Hernienoperationen	186	0	0.90%	1.60%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	23	4	0.00%	8.20%	7.50%	16.80% (1.50% - 32.10%)
<b>See-Spital, Standort Kilchberg</b>						
Hernienoperationen	143	1	0.70%	0.00%	1.30%	1.00% (0.00% - 2.60%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
<b>See-Spital, Standort Horgen</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	21	0	0.00%	3.80%	2.40%	0.00% (0.00% - 0.00%)
<b>See-Spital, Standort Kilchberg</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	227	3	0.00%	0.70%	0.40%	1.30% (0.00% - 2.80%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

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



## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

#### Messergebnisse

	2016	2017	2018	2019
<b>See-Spital</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	6	1	9
In Prozent	1.44%	4.40%	1.50%	7.20%
Residuum* (CI** = 95%)			0.05 (-0.33 - 0.43)	0.15 (-0.18 - 0.78)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2019	125	Anteil in Prozent (Antwortrate)		80.10%

\* 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/).

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

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

## 13 Wundliegen

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

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

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

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

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

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	Vorjahreswerte			2019	In Prozent
			2016	2017	2018		
<b>See-Spital</b>							
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	2	1	1	0.80%	
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)			-0.07 (-0.97 - 0.83)	0 (-0.83 - 0.75)	-	
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2019	125	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			80.10%		

\* 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/).

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

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

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Optimierung AIR

Das Projekt wird an den Standorten „See-Spital, Standort Horgen“, „See-Spital, Standort Kilchberg“ durchgeführt.

##### **Projektart**

Die "Optimierung AIR" ist ein Projekt innerhalb des Programms Lean Hospital Management.

##### **Projektziele**

- Objektive und valide Analyse der Tätigkeiten der Anästhesisten
- Schaffung von Transparenz in Bezug auf Arbeitsabläufe und Tätigkeiten der Anästhesisten
- Identifizierung der Ursachen für Überzeit der Anästhesisten
- Identifizierung und Analyse der Kosten pro Anästhesie-Minute (Ein- bis Ausleiten)
- Identifizierung von Optimierungspotenzialen: Aufgabenverzicht, Ablaufoptimierung, Verschwendungen eliminieren, Doppelspurigkeiten reduzieren
- Erarbeitung zukünftiger Stossrichtungen

##### **Projekttablauf / Methodik**

Für die Analyse des Instituts AIR wird das Instrument der Tätigkeitsstrukturanalyse aus der Lean-Methodik angewendet. Die vorgesehenen Lieferobjekte und Arbeitspakete sind im Projektstrukturplan ersichtlich.

##### **Involvierte Berufsgruppen**

Anästhesiologie und Intensivmedizin.

##### **Projektelevaluation / Konsequenzen**

Nach Vorliegen der Resultate der Analyse erfolgt die Definition der SMART-Ziele für das Gesamtprojekt Optimierung AIR.

## 18.1.2 Umsetzung Wertstromanalyse End-to-end "Atmungsorgane"

Das Projekt wird am Standort See-Spital, Standort Horgen durchgeführt.

### **Projektart**

End-to-end-Wertstromanalyse für den Patientenpfad «Atmungsorgane».

### **Projektziele**

Der bestehende stationäre Prozess «Atmungsorgane» in Horgen ist auf Stärken und Schwächen untersucht. Massnahmen zur Verbesserung des IST-Wertstroms liegen vor. Der ambulante SOLL-Wertstrom ist dokumentiert. Massnahmen sind geplant und in der Linie zur Umsetzung platziert.

### **Projekttablauf / Methodik**

Das geplante Vorgehen gliedert sich in fünf Phasen:

1. Auslegeordnung: Sichten der vorhandenen Dokumente, Gemba-Walk beim end-to-end-Wertstrom, Interview mit Prozessbeteiligten.
2. Kick-off und Workshop zu Stärken und Schwächen des IST-Wertstroms sowie Definieren von Handlungsfeldern.
3. Design des Soll-Wertstroms und Ableiten von Massnahmen.
4. Massnahmenplan zur Verbesserung des IST-Wertstroms.
5. Messen der definierten Wirkungsgrössen.

### **Involvierte Berufsgruppen**

Pflegedienst, Disposition, Innere Medizin.

### **Projektelevaluation / Konsequenzen**

Mit der internen Patientenumfrage für den stationären Bereich und den DRG-Kosten wird die Wirkungsmessung durchgeführt.

**Die end-to-end-Wertstromanalyse für den Patientenpfad «Atmungsorgane» in Horgen wurde durchgeführt. Aktuell werden die priorisierten Massnahmen von den Verantwortlichen umgesetzt.**

### 18.1.3 Umsetzung Wertstromanalyse End-to-End "Muskel-Skelett-System"

Das Projekt wird am Standort See-Spital, Standort Kilchberg durchgeführt.

#### **Projektart**

End-to-end-Wertstromanalyse am Standort Kilchberg für den Patientenpfad «Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe».

#### **Projektziele**

Der bestehende stationäre Prozess "Muskel-Skelett-System" in Kilchberg ist auf Stärken und Schwächen untersucht. Massnahmen zur Verbesserung des IST-Wertstroms liegen vor. Der ambulante SOLL-Wertstrom ist dokumentiert. Massnahmen sind geplant und in der Linie zur Umsetzung platziert.

#### **Projekttablauf / Methodik**

Das geplante Vorgehen gliedert sich in fünf Phasen:

1. Auslegeordnung: Sichten der vorhandenen Dokumente, Gemba-Walk beim end-to-end-Wertstrom, Interview mit Prozessbeteiligten.
2. Kick-off und Workshop zu Stärken und Schwächen des IST-Wertstroms sowie Definieren von Handlungsfeldern.
3. Design des Soll-Wertstroms und Ableiten von Massnahmen.
4. Massnahmenplan zur Verbesserung des IST-Wertstroms.
5. Messen der definierten Wirkungsgrössen.

#### **Involvierte Berufsgruppen**

Anästhesiologie, Pflegedienst, Disposition, Patientenaufnahme, Medizinisches Sekretariat.

#### **Projektelevaluation / Konsequenzen**

Mit der internen Patientenumfrage für den stationären Bereich und den DRG-Kosten wird die Wirkungsmessung durchgeführt.

**Die end-to-end-Wertstromanalyse für den Patientenpfad «Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe» in Kilchberg wurde durchgeführt. Aktuell werden die priorisierten Massnahmen von den Verantwortlichen umgesetzt.**

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

### 18.2.1 Wertstromanalyse End-to-end "Atmungsorgane"

Das Projekt wurde am Standort See-Spital, Standort Horgen durchgeführt.

#### Projektart

Das Lean-Programm beim See-Spital wurde lanciert, um Effizienzsteigerungen in den Kernprozessen zu realisieren. Eine end-to-end Wertstromanalyse von Eintritt bis Austritt wird zur Steigerung der Effizienz sowie der Service- / Patientenorientierung durchgeführt (klare Orientierung sämtlicher Aktivitäten und Abläufe an den Bedürfnissen der Patienten).

Um zu ermitteln welche end-to-end Wertstromanalyse durchgeführt werden soll, wurde eine Auftragsstrukturanalyse erstellt und Patientenpfade priorisiert.

Die Auftragsstrukturanalyse bezieht sich auf das Spitalärzteamfeld, deshalb wurde zuerst am Standort Horgen eine end-to-end-Wertstromanalyse für den Patientenpfad «Atmungsorgane» durchgeführt.

#### Projektziele

Der bestehende stationäre Prozess «Atmungsorgane» in Horgen ist auf Stärken und Schwächen untersucht. Massnahmen zur Verbesserung des IST-Wertstroms liegen vor. Der ambulante SOLL-Wertstrom ist dokumentiert. Massnahmen sind geplant und in der Linie zur Umsetzung platziert.

#### Projekttablauf / Methodik

Das geplante Vorgehen gliederte sich in fünf Phasen:

1. Auslegeordnung: Sichten der vorhandenen Dokumente, Gemba-Walk beim end-to-end-Wertstrom, Interview mit Prozessbeteiligten.
2. Kick-off und Workshop zu Stärken und Schwächen des IST-Wertstroms sowie Definieren von Handlungsfeldern.
3. Design des Soll-Wertstroms und Ableiten von Massnahmen.
4. Massnahmenplan zur Verbesserung des IST-Wertstroms.
5. Messen der definierten Wirkungsgrössen.

#### Involvierte Berufsgruppen

Pflegedienst, Disposition, Innere Medizin.

#### Projektelevaluation / Konsequenzen

Mit der internen Patientenumfrage für den stationären Bereich und den DRG-Kosten wird die Wirkungsmessung nach Umsetzung der priorisierten Massnahmen durchgeführt.



## 18.2.2 Wertstromanalyse End-to-End "Muskel-Skelett-System"

Das Projekt wurde am Standort See-Spital, Standort Kilchberg durchgeführt.

### Projektart

Das Lean-Programm beim See-Spital wurde lanciert, um Effizienzsteigerungen in den Kernprozessen zu realisieren. Eine end-to-end Wertstromanalyse von Eintritt bis Austritt wird zur Steigerung der Effizienz sowie der Service- / Patientenorientierung durchgeführt (klare Orientierung sämtlicher Aktivitäten und Abläufe an den Bedürfnissen der Patienten).

Um zu ermitteln welche end-to-end Wertstromanalyse durchgeführt werden soll, wurde eine Auftragsstrukturanalyse erstellt und Patientenpfade priorisiert.

Eine end-to-end-Wertstromanalyse am Standort Kilchberg wurde für den Patientenpfad «Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe» durchgeführt.

### Projektziele

Der bestehende stationäre Prozess "Muskel-Skelett-System" in Kilchberg ist auf Stärken und Schwächen untersucht. Massnahmen zur Verbesserung des IST-Wertstroms liegen vor. Der ambulante SOLL-Wertstrom ist dokumentiert. Massnahmen sind geplant und in der Linie zur Umsetzung platziert.

### Projekttablauf / Methodik

Das geplante Vorgehen gliederte sich in fünf Phasen:

1. Auslegeordnung: Sichten der vorhandenen Dokumente, Gemba-Walk beim end-to-end-Wertstrom, Interview mit Prozessbeteiligten.
2. Kick-off und Workshop zu Stärken und Schwächen des IST-Wertstroms sowie Definieren von Handlungsfeldern.
3. Design des Soll-Wertstroms und Ableiten von Massnahmen.
4. Massnahmenplan zur Verbesserung des IST-Wertstroms.
5. Messen der definierten Wirkungsgrössen.

### Involvierte Berufsgruppen

Anästhesiologie, Pflegedienst, Disposition, Patientenaufnahme, Medizinisches Sekretariat.

### Projektelevaluation / Konsequenzen

Mit der internen Patientenumfrage für den stationären Bereich und den DRG-Kosten wird die Wirkungsmessung nach Umsetzung der priorisierten Massnahmen durchgeführt.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Committed to Friendly Work Space

Die Zertifizierung wird an den Standorten „See-Spital, Standort Horgen“, „See-Spital, Standort Kilchberg“ durchgeführt.

**Projektart**

Zertifizierungsprojekt

**Projektziele**

Das Label Friendly Work Space ist bis Dezember 2019 erreicht. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist systematisiert und in der Organisation verankert bis Dezember 2019.

**Projekttablauf / Methodik**

Das Projekt gliedert sich in folgende Phasen: Analysephase, Massnahmenplanung, Massnahmenumsetzung, Evaluation Wirksamkeit der Massnahmen Assessment Friendly Work Space.

**Involvierte Berufsgruppen**

Projektteam bestehend aus Mitarbeitern der Bereichen: Unternehmensentwicklung, Personaldienst, Betriebliches Gesundheitsmanagement und Hotellerie.

**Projektelevaluation / Konsequenzen**

Aus dem Ergebnisbericht des Label-Assessments wird ein umfangreicher Massnahmenkatalog abgeleitet.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Um unser Hauptziel, das Bestehen des See-Spitals mittel- und langfristig zu sichern, nutzen wir den kontinuierlichen Verbesserungs-Prozess und die Lean Management Methodik im ganzen Unternehmen.

Wir arbeiten daran unsere Betriebsabläufe laufend zu verbessern und an neue Herausforderungen anzupassen.

Durch die beiden Standorte des See-Spitals in Horgen und Kilchberg ist das geeignete Zusammenspiel zwischen Standardisierung und individuellen Lösungen je Standort ausschlaggebend. Stetige Prozessverbesserungen sind für uns ein Schlüsselfaktor.

Unsere Patienten und Besucher sollen von qualitativ hervorragenden Dienstleistungen profitieren und das See-Spital als verlässlichen Partner wahrnehmen. Eine hohe Kundenorientierung liegt uns am Herzen.

Bei allen unseren Handlungen halten wir uns an die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Messergebnisse helfen uns die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit unserer Massnahmen zu evaluieren.

Die Wirtschaftlichkeit wird durch die finanziellen Kennzahlen erhoben.

Die Institutionalisierung des kontinuierlichen Verbesserungs-Prozesses und der Lean Management Methode bildet im See-Spital einen wichtigen Schwerpunkt.

Im Jahr 2020 ist eine Intensivierung der digitalen Transformation geplant, um Abläufe zu optimieren und die Wertschöpfung zu steigern. Die Ideen und Ressourcen aller Mitarbeitenden, als Grundlage des Innovationsmanagements, sollen bei der Unternehmensentwicklung durch geeignete Massnahmen stärker miteinbezogen werden.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen	See-Spital, Standort Horgen	See-Spital, Standort Kilchberg
<b>Basispaket</b>		
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	√	√
<b>Haut (Dermatologie)</b>		
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	√	√
Wundpatienten	√	√
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>		
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	√	√
Hals- und Gesichtschirurgie	√	√
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	√	√
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)	√	√
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	√	√
Kieferchirurgie	√	√
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>		
Kraniale Neurochirurgie	√	√
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>		
Neurologie	√	√
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems	√	√
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)	√	√
Zerebrovaskuläre Störungen	√	√
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>		
Ophthalmologie	√	√
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>		
Endokrinologie	√	√
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>		
Gastroenterologie	√	√
Spezialisierte Gastroenterologie	√	√
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>		
Viszeralchirurgie	√	√
<b>Blut (Hämatologie)</b>		

Aggressive Lymphome und akute Leukämien	√	√
Indolente Lymphome und chronische Leukämien	√	√
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome	√	√
<b>Gefäße</b>		
Gefäßchirurgie periphere Gefäße (arteriell)	√	√
Interventionen periphere Gefäße (arteriell)	√	√
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)	√	√
<b>Herz</b>		
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	√	√
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	√	√
<b>Nieren (Nephrologie)</b>		
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	√	√
<b>Urologie</b>		
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	√	√
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	√	√
Radikale Prostatektomie	√	√
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>		
Pneumologie	√	√
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie	√	√
<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	√	√
<b>Rheumatologie</b>		
Rheumatologie	√	√
Interdisziplinäre Rheumatologie	√	√
<b>Gynäkologie</b>		
Gynäkologie	√	√
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum	√	√
<b>Geburtshilfe</b>		
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und >= 2000g)	√	√
Geburtshilfe (ab 32. Woche und >= 1250g)	√	√
<b>Neugeborene</b>		
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und >= 2000g)	√	√
Neonatalogie (ab 32. Woche und >= 1250g)	√	√
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>		
Onkologie	√	√
<b>Schwere Verletzungen</b>		
Unfallchirurgie (Polytrauma)	√	√

**Bemerkungen**

Das stationäre Angebot in der Akutsomatik wird anhand der aktuellsten verfügbaren Medizinischen Statistik und dem Leistungskatalog der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH) dargestellt. Um Doppelspurigkeiten zu vermeiden, wird das betriebliche Angebot im Qualitätsbericht automatisch aus dem Portal [spitalinformation.ch](http://spitalinformation.ch) importiert.

Die Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik und somit der Überblick über das betriebliche Angebot kann nicht geändert werden.

## 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 für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitätern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/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 Spitätern 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).