

Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

18.06.25
Fortunat, von Planta, Spitaldirektor

Version 1



Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2024.

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

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2024

Tobias Haefliger
Fachverantwortlicher Qualität
0418755295
tobias.haefliger@ksuri.ch

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	8
2.1 Organigramm	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	12
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	12
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	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	18
4.5 Registerübersicht	19
4.6 Zertifizierungsübersicht	21
QUALITÄTSMESSUNGEN	22
Zufriedenheitsbefragungen	23
5 Patientenzufriedenheit	23
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene	23
5.2 Eigene Befragung	25
5.2.1 Patientenbefragungen	25
5.2.2 Patientenfeedbacks	26
5.3 Beschwerdemanagement	26
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	27
7.1 Eigene Befragung	27
7.1.1 Mitarbeiterbefragung	27
8 Zuweiserzufriedenheit	28
8.1 Eigene Befragung	28
8.1.1 Zuweiserbefragung	28
Behandlungsqualität	29
Messungen in der Akutsomatik	29
9 Wiedereintritte	29
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	29
10 Operationen	31
10.1 Hüft- und Knieprothetik	31
11 Infektionen	33
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	33
11.2 Eigene Messung	35
11.2.1 HAI	35
11.2.2 CAUTI	35
12 Stürze	36
12.1 Eigene Messung	36
12.1.1 Interne Messung Sturz	36
13 Dekubitus	37
13.1 Eigene Messungen	37

13.1.1	Interne Messung Dekubitus	37
Messungen in der Psychiatrie.....		38
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	38
14.1	Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen.....	38
14.1.1	Internes Protokoll Bewegungseinschränkende Massnahmen	38
15	Symptombelastung psychischer Störungen	
	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
Messungen in der Rehabilitation		0
16	Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	
	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
Weitere Qualitätsaktivitäten		39
17	Weitere Qualitätsmessung	39
17.1	Weitere eigene Messung	39
17.1.1	Interne Messungen (Akutsomatik)	39
18	Projekte im Detail	40
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	40
18.1.1	Deko KSU	40
18.1.2	Qualitätsvertrag.....	40
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024	41
18.2.1	Bezug Umbau	41
18.2.2	Onboarding	41
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	41
18.3.1	QUALAB.....	41
19	Schlusswort und Ausblick	42
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		43
Akutsomatik		43
Herausgeber		45

1 Einleitung

Das Kantonsspital Uri (KSU) ist ein Akutspital und bietet für rund 38'000 Einwohner des Kantons Uri eine erweiterte medizinische Grundversorgung an.

Als Akutspital hat das Kantonsspital Uri für die Urner Bevölkerung die stationäre erweiterte medizinische Grundversorgung sicherzustellen, ambulante und teilstationäre Patientinnen und Patienten zu betreuen, eine ständige Notfallversorgung sicherzustellen und im Bedarfsfall eine geschützte Operationsstelle zu betreiben. Rund 650 Mitarbeitende sorgen mit hohem Engagement für eine menschliche und kompetente Betreuung der jährlich rund 4'200 stationären Patientinnen und Patienten. Dazu kommen 70'000 ambulante Konsilien und Konsultationen. Das Kantonsspital Uri engagiert sich mit rund 80 Ausbildungsstellen in hohem Masse für einen qualifizierten Nachwuchs im Gesundheitswesen und in nicht-medizinischen Berufen.

Die Qualität steht dabei im Fokus unserer Aktivitäten. Qualitätskennzahlen, zum Teil sehr fachspezifisch, zum Teil übergeordnet, sowie Behandlungsschemata helfen uns dabei, unsere Behandlungsprozesse zu optimieren und unsere Ressourcen zum grösstmöglichen Nutzen für Patienten und Angehörige einzusetzen.

Einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren unseres Spitals ist, dass wir stark vernetzt arbeiten und der Behandlungserfolg durch ganze Behandlungsteams sichergestellt wird. Entsprechend interprofessionell und vielschichtig sind die Behandlungsprozesse. Sie basieren auf modernen wissenschaftlichen Standards, werden schriftlich festgelegt, damit neu eintretende Kolleginnen und Kollegen schnell an diese Standards herangeführt werden können. Interdisziplinäre Entscheidungsorgane wie das Tumorboard stellen sicher, dass die Therapie für jeden Patienten individualisiert und optimal gestaltet wird. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern, so dem Luzerner Kantonsspital als preferred partner, ermöglicht, dass die Bevölkerung des Kantons Uri in der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin eine bedürfnisgerechte und wohnortnahe Behandlung erhält.

Die grossen Herausforderungen in der spitalbasierten Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung liegen unverändert in den Finanzen. Die angespannte Finanzlage führt aus Sicht der Qualität insbesondere dazu, dass dringend notwendige Entwicklungsprojekte zurückgestellt oder gar nicht verwirklicht werden. Die Innovationskraft ist deshalb eingeschränkt, was nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten ist. Beispielsweise müssten die Spitäler aktuell viel Geld in die künstliche Intelligenz investieren können, um in der Zukunft die diesbezüglichen Früchte zu ernten. Dazu gehören schnellere und präzisere Diagnostiken, ein deutlich verbessertes und schnelleres Berichtswesen oder die Vereinfachung der multiprofessionellen Zusammenarbeit. Auf der anderen Seite führt die angespannte Finanzlage dazu, dass die Prozesse noch intensiver standardisiert werden müssen. Dadurch kann bspw. die Verweildauer verkürzt werden, ohne dass die Qualität leidet. Auch die Ambulantisierung darf man mit Blick auf die Ergebnisqualität als Chance betrachten, wenn auch zuerst hohe Investitionen notwendig sind und die völlig ungenügenden Tarife hemmend wirken.

Im November 2024 konnte im KSU das Haus B (Umbau) bezogen werden. Der Umbau beherbergt neben der Medizinischen Diagnostik die neu geschaffenen Arbeitswelten für Ärzte, Beratungsdienste und einen Grossteil der Supportfunktionen und das Management. In einem Spital ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit für eine optimale Patientenversorgung zentral und trägt auch massgebend zum Gelingen von betrieblichen Projekten bei. In den Arbeitswelten rücken verschiedene Disziplinen näher zusammen, was kurze Wege schafft, und durch die offenen Strukturen wird der bereichsübergreifende Austausch bewusst gefördert. Diese Philosophie des «Gemeinsam wachsen» widerspiegelt sich auf den beiden Stockwerken, welche man räumlich sowie gestalterisch miteinander verbunden hat. Das Konzept orientiert sich an der Natur: Pflanzen brauchen einen soliden und nährstoffreichen Boden, damit darin etwas wachsen kann. Das gilt auch im KSU. Wir sind aufeinander angewiesen, und insbesondere im Miteinander entstehen ganzheitliche und effiziente Lösungen

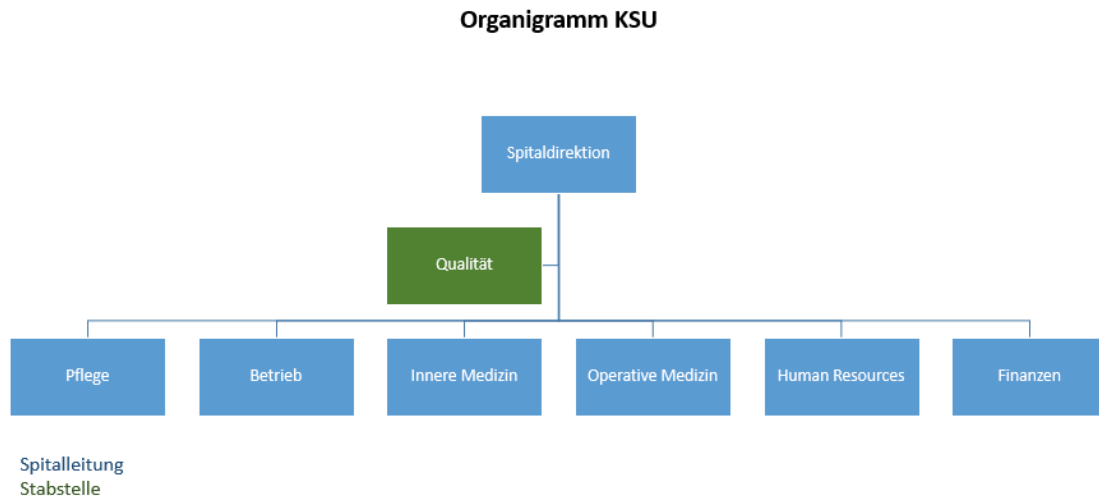
zugunsten unserer Patientinnen und Patienten.

Es freut uns, Ihnen auch dieses Jahr mit dem Qualitätsbericht einen Einblick in unsere Qualitätsmessungen und -aktivitäten zu geben.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **100** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Tobias Haefliger
Fachverantwortlicher Qualität
041 875 52 95
tobias.haefliger@ksuri.ch

Frau Andrea Tresch
Fachexpertin Infektiologie
041 875 51 06
andrea.tresch@ksuri.ch

3 Qualitätsstrategie

Patientensicherheit und eine hohe fachliche Qualität haben oberste Priorität in all unseren Leistungen und Aktivitäten. Dies ist in unserer Unternehmensstrategie festgehalten. Unsere Qualitätsstrategie setzt den entsprechenden Fokus und sichert dessen Umsetzung:

Als Regionalspital fokussieren wir auf unsere Kernkompetenzen in der erweiterten spitalbasierten Grundversorgung und bauen auf gute vertikale wie horizontale Vernetzung. Wir setzen auf «patient first» und punkten bei Patienten und Partnern durch Zuverlässigkeit, das Extra an Menschlichkeit, patientengerechter Kommunikation und einer persönlichen und familiären Atmosphäre mit kurzen Wegen und Wartezeiten. Wir nutzen die Vorteile eines kleinen Spitals für rasches Agieren und zeitnahes Umsetzen von Veränderungen. Wirtschaftliche Aspekte ziehen wir in all unsere Überlegungen mit ein.

Unsere Qualitätsstrategie beinhaltet folgende Grundpfeiler:

- Wir fördern eine **Sicherheitskultur**, geprägt von Wertschätzung, einer offenen und aktiven Fehler- und Lernkultur und Safety Competence
- **«Patient first»** - Unsere Prozesse sind patientenorientiert und unsere Patienten fühlen sich bei uns verstanden, gut aufgehoben und kompetent behandelt
- Wir nutzen und fördern das Potenzial der **Mitarbeitenden** durch eine gute Einführung, Support und Möglichkeiten des kontinuierlichen Austauschs
- **Führung & Transparenz** – Wir schaffen Transparenz und Verbindlichkeit und fördern den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP)

Für die Umsetzung der Qualitätsstrategie dienen entsprechende Qualitätsgefässe (wie z.B. das Q-Board, CIRS-Kommission, Hygienekommission), entsprechende Qualitätsinstrumente (z.B. Messungen, Befragungen, Audits, Lernsysteme) sowie spezifische Qualitätsprojekte und –programme.

Die Qualitätsstrategie ist auf Ebene Spitalleitung verankert. Das Qualitätsboard und das Qualitätsmanagement sind für die Umsetzung der Qualitätsstrategie verantwortlich. Qualitätskonzept und -strategie werden regelmässig evaluiert.

Die Qualitätsstrategie ist Teil der Unternehmensstrategie. Die zentralen strategischen Ziele sind: Eine sehr hohe Qualität, bei gleichzeitig akzeptablen Kosten. Diese Zielebenen sind nicht unbedingt gleichgelagert, teilweise widersprechen sie sich sogar. Aus diesem Grunde werden folgende Schwerpunkte gesetzt: Ergebnisqualität, Patientenerlebnis, OP Management, Digitalisierung, Performance Management und Infrastruktur. Diese Schwerpunkte werden in einer bereichsübergreifenden Organisation weiterentwickelt, so dass alle Aspekte der Leistungserbringung berücksichtigt werden. Entsprechend wurde die Aufbauorganisation angepasst. Bspw. halten die Kliniken der Operativen Medizin neu einen Platz in der Spitalleitung. Stark gewichtet wird das HR, weil motiviertes und gut ausgebildetes Personal die Basis einer hohen Qualität bei einer gleichzeitig wirtschaftlichen Leistungserbringung ist.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

Im November 2024 konnte das Haus B (Umbau) bezogen werden. Unter dem Motto "gemeinsam wachsen" beherbergt der Umbau neben der Medizinischen Diagnostik die neu geschaffenen Arbeitswelten für Ärzte, Beratungsdienste, einen Grossteil der Supportfunktionen und das Management.

Neben den organisatorischen und räumlichen Veränderungen standen 2024 unter anderem folgende Qualitätsschwerpunkte im Fokus:

- Projekt Onboarding
- Evaluation und Planungsarbeiten Umsetzung nationaler Qualitätsvertrag
- Angepasste Aufbauorganisation in der Akutpflege

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

Bezug Haus B (Umbau)

Mit dem Bezug des Umbaus im November 2024 wurde ein letzter grosser Meilenstein des Neu- & Umbaus KSU gesetzt. Neben der medizinischen Diagnostik sind in den neuen Arbeitswelten Ärzte, Beratungsdienste, einen Grossteil der Supportfunktionen und das Management nun vereint. In den neuen Arbeitswelten rücken verschiedene Disziplinen näher zusammen, was kurze Wege schafft, und durch die offenen Strukturen wird der bereichsübergreifende Austausch bewusst gefördert

Onboarding

Das Projekt hatte das Ziel eines spitalübergreifenden stringenten und koordinierten Einführungsmanagements für neue Mitarbeitende. Beginnend bei der Stellenausschreibung über Einführungsprogramme bis zum Probezeitgespräch. Das Projekt konnte 2024 erfolgreich abgeschlossen werden. In 2025 wird das Follow-Up-Projekt "Einführung Aerzte" umgesetzt. Ergänzend laufen Projekte zu "E-Learning" und "Digital Workplace".

Nationaler Qualitätsvertrag

Im Juni 2024 hat der Bundesrat den nationalen Qualitätsvertrag gutgeheissen. Das KSU hat in 2024 die mit dem Vertrag einhergehenden Anforderungen überprüft und mit der bestehenden Qualitätsstrategie und dem QMS abgeglichen. Per Ende 2024 wurde ein entsprechender Umsetzungsplan für 2025/2026 erarbeitet und eine erste Selbstdeklaration eingegeben.

Angepasste Aufbauorganisation in der Akutpflege

Neu gibt es am KSU nur noch eine Akutstation, welche in sechs Units unterteilt ist. Dadurch konnten die Prozesse optimiert sowie die Patient-To-Nurse-Ratio reduziert werden, was zu einer höheren Patientensicherheit und zu einer höheren Mitarbeiterzufriedenheit geführt hat. Auch das Kapazitätenmanagement (Betten, Fachpersonal) kann dadurch weitsichtiger und somit besser geplant werden. Bei der Ausarbeitung der neuen Aufbau- und Ablauforganisation wurden die Mitarbeitenden stark einbezogen, so dass die Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten zielführend berücksichtigt werden konnten. Dies führte zu angepassten Visitenzeiten und Essenszeiten, wie sie ausserhalb des Spitals üblich sind.

Eine Unit der Akutpflege wird neu als eigener Bereich für die Ausbildung geführt. Mit einem höheren Personalschlüssel steht das Lernen im Fokus. Das KSU investiert damit in die Ausbildung künftiger Fachpersonen.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Finanzierungsfragen und Fachkräftemangel werden auch die kommenden Jahre das Gesundheitswesen prägen. Die Strategie des KSU setzt den Fokus auf schlanke Prozesse, Vernetzung, Arbeitgeberattraktivität und Ergebnisqualität. Den nationalen Qualitätsvertrag nutzen wir als Katalysator zur Umsetzung unserer Qualitätsstrategie: zum Beispiel in der Förderung der Lernkultur, der Weiterentwicklung KVP/Lean und im Prozessmanagement.

Die Umsetzung des Qualitätsvertrags wird in 2025 und 2026 einen Schwerpunkt der Qualitätsentwicklung bilden. 2025 stehen u.a. die Überarbeitung des Qualitätskonzepts und die Überprüfung und Umsetzung der im Qualitätsvertrag geforderten "Qualitätsverbesserungsmassnahmen" im Fokus. Einhergehende Projekte betreffen z.B. die Evaluation der OP-Checkliste und die Einführung einer neuen Kollaborationsplattform.

Mit dem Bezug des Umbaus im November 2024 haben wir einen intensiven Prozess der strukturellen und prozessualen Veränderungen abgeschlossen. Wir haben im Neu- und Umbau eine Basis geschaffen, unsere Arbeit effizient, zum Wohle der Patientinnen und Patienten und in hoher Qualität umsetzen zu können. Aufbauend auf diesen neuen Strukturen und Voraussetzungen haben wir für die nächsten Jahre klare Ziele gesetzt, unsere Abläufe und damit unsere Qualität weiter zu verbessern. Schwerpunkte unserer Qualitätsentwicklung bilden unter anderem die fachübergreifende Zusammenarbeit, Prozessstandardisierungen in fokussierten Bereichen oder die Stärkung der Lernkultur. Die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen werden aktuell erarbeitet und mit dem strategischen Führungsorgan besprochen.

Im Rahmen eines Strukturberichts, bei welchem eine externe Expertengruppe beigezogen wurde, hat der Spitalrat entschieden, dass auf das Jahr 2026 ein interdisziplinäres Notfallzentrum etabliert wird. Demnach wird der Notfall in Zukunft eine eigenständige fachärztliche und pflegerische Leitung erhalten, die für die Qualitätssicherung in der Notfallversorgung zuständig ist. Die spezialisierten Fachärztinnen und -ärzte aus den Kliniken werden wie bis anhin im Notfall mitwirken

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patientenbefragungen
▪ Patientenfeedbacks
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserbefragung
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Infektionen</i>
▪ HAI
▪ CAUTI
<i>Dekubitus</i>
▪ Interne Messung Dekubitus
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
▪ Internes Protokoll Bewegungseinschränkende Massnahmen
<i>Weitere Qualitätsmessung: Akutsomatik</i>
▪ Interne Messungen

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Neubau KSU - Umbau Haus B

Ziel	Fertigstellung Umbau Haus B
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	(2015-) 2025
Begründung	siehe weiterführende Unterlagen
Weiterführende Unterlagen	http://www.neubau-ksuri.ch

Patientenzufriedenheit: Neues Befragungskonzept

Ziel	Effiziente Nutzung der Patientensicht und -erfahrung zur Qualitätssicherung und -entwicklung.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Einführung 2022 - Weiterentwicklung 2023-2024
Methodik	Digitalisiertes Befragungsmanagement mit Echtzeitergebnissen. Flexible Befragungsinstrumente ermöglichen sowohl allgemeine Befragungen wie Punktbefragungen zu spezifischen Themen.

Onboarding

Ziel	Koordinierte und effiziente Einführung neuer Mitarbeitenden
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2023-2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Kapazitätenmanagement

Ziel	Effiziente und koordinierte Nutzung der Ressourcen und Kapazitäten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital (Fokus OP und Ambulanz)
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2023-2024
Begründung	Kosteneffizienz, Prozesseffizienz, Reduktion von Wartezeiten, Zufriedenheit von Patienten, Zuweisern und Mitarbeitenden
Methodik	Strategisches Projekt mit entsprechenden Gefässen und Teilprojekten
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtspital

Qualitätsvertrag

Ziel	Umsetzung des nationalen Qualitätsvertrags
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024-2026
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Abgleich der Anforderungen Qualitätsvertrag, Anpassungen Konzepte und Umsetzung von Massnahmen

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Qualitätsboard

Ziel	Koordination und Austausch zu operativen und strategischen Qualitätsthemen, Massnahmen und Projekten.
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend (seit 2019)
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Das Qualitätsboard fördert die effiziente und vernetzte Bearbeitung von Qualitätsthemen und sichert die Umsetzung der Qualitätstrategie.

Lean Expert Group

Ziel	Lean Expert Group als Treiber und Support Lean Management
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2019
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Das KSU setzt in der strategischen Entwicklung und im Hinblick auf den Neubau 2022 auf Lean Management
Methodik	Implementierung einer Lean-Kultur. Fortlaufende Optimierung von Prozessen. Implementierung von Huddle-Boards und KVP-Prozessen. Support der Teams.

Sicherung Nachhaltigkeit OP-Procedures & -Hygiene

Ziel	Patientensicherheit, effiziente Prozesse und Zusammenarbeit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital, OP
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Die konsequente Anwendung der OP-Checkliste, Hygienestandards und der einhergehenden Prozesse sichern massgeblich die Patientensicherheit. Die laufenden Aktivitäten dienen der Sicherung der Nachhaltigkeit und Weiterentwicklung des nationalen Pilotprojekts "Progres! Sichere Chirurgie" sowie der Hygieneprogramme nach Swissnoso/SSI.
Methodik	interne Audits
Weiterführende Unterlagen	www.patientensicherheit.ch

CIRRNET

Ziel	CH Netzwerk von Spitälern mit CIRS
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Methodik	Austausch, Aktionen, Implementierung Quick-Alerts, Einsitz im Ausschuss

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (MoMo)

Ziel	Retrospektive Analyse und Aufarbeitung von Komplikationen, ungewöhnlichen Behandlungsverläufen und unerwarteten Todesfällen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend

KIS / Elektronische Patientendokumentation

Ziel	Erhöhung der Patientensicherheit und Effizienz durch nutzerorientierte und transparente Dokumentation sowie Verbesserung des Informationsflusses.
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Ziel	Systematische und nachhaltige Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend

Meldeportal Vigilance (Materio-, Pharmako- & Hämovigilance)

Ziel	Erfassung von internen und externen Vorkommnissen mit Medizinprodukten, Medikamenten und Blutprodukten
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend

Weiterentwicklung Handlungsanweisungen Pflege

Ziel	Laufende Aktualisierung der evidenzbasierten, standardisierten Handlungsanweisungen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital, Pflege
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend

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 2007 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.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	2006
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	1997
anresis.ch ANRESIS: Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen	Alle Fachbereiche	Institut für Infektionskrankheiten, Bern www.anresis.ch www.infect.info	.
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2015
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1990
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	.
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	2011
MS Medizinische Statistik der	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	2012

Krankenhäuser			
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie ibdc cohort.ch/	.
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	2012
SOL-DHR Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	SOL-DHR, USB Basel info@sol-dhr.ch www.sol-dhr.ch/	2013
Swissnoso SSI 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 www.swissnoso.ch	2011
TR-DGU TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumanetzwerk-dgu.de	2016

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR ZKR Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden	Alle	www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-...

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
Lokales Traumazentrum (DGU, CertiQ)	Gesamtspital	2016	2022	Traumanetzwerk Zentralschweiz
Intensivstation (SGI)	Intensivstation	2002	2023	SGI
EKAS (Arbeitssicherheit)	Gesamtspital	2003	2019	
REKOLE	Finanz- und Rechnungswesen	2017	2021	
IVR	Rettungswesen	2018	2023	Interverband Rettungswesen
Notfall (SGNOR)	Gesamtspital	2021	2021	Schweiz. Gesellschaft für Notfall- & Rettungsmedizin
QUALAB	Labor	2020	2024	QKZ QUALAB
Friendly Work Space	Gesamtspital	2020	2023	Gesundheitsförderung Schweiz

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patient:innen und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene

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

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2024 (CI* = 95%)
	2019	2021	2023	
Kantonsspital Uri				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.07	4.20	4.16	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.54	4.70	4.61	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.46	4.70	4.57	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.48	4.70	4.54	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.90	4.20	3.83	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	89.90 %	91.90 %	90.40 %	– %
Anzahl versendeter Fragebogen 2024				–
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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

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

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020, 2022 und 2024 für die Akutsomatik regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Dargestellt werden nur die Vorjahre in denen Befragungen stattgefunden haben und zu denen Werte vorhanden sind. Ab 2025 folgt eine neue Befragung in einem erweiterten Format:

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

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

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

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

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenbefragungen

Die Weiterentwicklung der Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit ist ein zentraler Eckpfeiler unserer Spitalstrategie. Die Sicht unserer Patientinnen und Patienten wollen wir durch zeitnahe Feedbacks nutzen.

Das KSU hat mit dem Bezug des Neubaus ein neues Befragungsmanagement eingeführt. Die Befragungen laufen über ein digitales Befragungstool eines Schweizer Befragungsinstituts, welches zeitnahe, transparente Feedbacks ermöglicht. Das Konzept beinhaltet sowohl permanente Befragungen (seit Januar 2023) als auch zusätzlich punktuelle Befragungen zu spezifischen Themen vor.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die Befragung erfolgte über alle Abteilungen.

Befragt werden alle stationären Patientinnen und Patienten einen Tag nach Austritt.

Hauptkennzahlen Spital

Bewertungen auf einer 5er-Skala

	2023	2024	
Weiterempfehlungsrate:	96%	98%	(Benchmark 2023: 95.6%)
Netpromoter-Score:	+59	+66	(Benchmark 2023: +55.6)
Gesamtzufriedenheit:	4.54	4.66	
Qualität Behandlung:	4.65	4.68	
Betreuung, Fragen, Abläufe:	4.6	4.7	
Spitalaustritt:	4.5	4.5	
Hotellerie:	4.6	4.7	
Spitalgebäude:	4.7	4.7	

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swiss QualiQuest
Methode / Instrument	Swiss QualiQuest

5.2.2 Patientenfeedbacks

Patientinnen und Patienten sowie Angehörige und Besuchende haben die Möglichkeit, via Website oder einem Kurzfeedbackbogen Rückmeldungen oder Anliegen zu melden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die Feedbackmöglichkeit besteht über das ganze Spital.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Es handelt sich um eine qualitative Erhebung (offene Antworten).

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Kurzfeedbackbogen

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Uri
Qualitätsmanagement
Tobias Haefliger
Beauftragter Qualität
041 875 52 95
tobias.haefliger@ksuri.ch
Montag bis Freitag

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 Mitarbeiterbefragung

Spitalrat und Spitalleitung setzen klare Ziele im Bezug auf die Arbeitgeberattraktivität und Unternehmenskultur. Mittels wiederkehrenden Befragungen sollen Verbesserungspotenziale im Bereich erkannt, Massnahmen umgesetzt und deren Wirkung gemessen werden.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeitendenbefragung erfolgt im Jahr 2025.

Die Befragung erfolgte im ganzen Spital.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	icommit
Methode / Instrument	elektronisch

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserbefragung

Die Zufriedenheit der Zuweisenden erfassen wir auf verschiedenen Ebenen und mit verschiedenen Methoden.

Die Strategie 2023 sieht für das Jahr 2024 eine Stärkung des Zuweisermanagements vor. Hierfür werden die Bedürfnisse der Zuweiser evaluiert, unter anderem im Rahmen der Erstellung eines Strukturberichts zur Inneren Medizin. Die hierfür notwendige Befragung findet in Interviewform statt. Für das Jahr 2024 haben die in der Spitalleitung vertretenen Ärzte die Aufgabe, mit den Zuweisern gemeinsam zu klären, welche Form der Ansprache sie bevorzugen. Ebenso soll das Zuweiserportal definitiv implementiert werden; der entsprechende Pilot läuft seit November 2023.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die Befragung erfolgte übers Gesamtspital.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Es handelt sich um eine qualitative Befragung.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	
Methode / Instrument	

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen bezeichnen akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen und als Bestandteil der bisherigen Behandlung nicht zwingend erwartet wurden. Von allen Wiedereintritten, die während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auftreten, werden lediglich ungeplante Wiedereintritte als Qualitätsauffälligkeit gezählt und berücksichtigt. Dabei werden ungeplante Rehospitalisationen stets als Auffälligkeiten angesehen, unabhängig vom genauen Grund des Wiedereintritts. Geplante Rehospitalisationen hingegen werden nicht berücksichtigt.

Seit dem Jahr 2022 (BFS-Datenjahr 2020) verwendet der ANQ den Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) um die ungeplanten Rehospitalisationen während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auszuwerten. Die Unterscheidung zwischen ungeplanten und geplanten Rehospitalisationen erfolgt mittels des Algorithmus. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser dient als Datengrundlage für die Bildung und Auswertung der ungeplanten Rehospitalisationen.

Insgesamt werden 13 Indikatoren ausgewertet, für die transparente Publikation eignen sich davon jedoch nur die folgenden 6 Indikatoren:

Messergebnisse

Qualitätsindikatoren	BFS-Daten 2021	BFS-Daten 2022
Kantonsspital Uri	Risikoadjustierte Rate	Risikoadjustierte Rate
Spitalweite Kohorte	7.5 %	6.67 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	4.35 %	4.06 %
Kardiorespiratorische Kohorte	12.82 %	10.14 %
Kardiovaskuläre Kohorte	17.65 %	16.29 %
Neurologische Kohorte	7.39 %	12.46 %
Sonstige medizinische Kohorte	11.92 %	9.75 %

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

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

www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Dies ist die zweite detaillierte Auswertung mit der neuen Methodik CMS. Das KSU weist 2022 eine unauffällige Rehospitalisationsrate von 6.67% auf. Die Subkohorte "kardiovaskulär" weist wie bereits 2021 eine erhöhte Rate auf. In 2020 war diese Subkohorte unauffällig, wie auch alle anderen Subkohorten. Das KSU hat in 2024 eine vertiefte Analyse der Fälle vorgenommen. Es ergaben sich Hinweise auf mögliche Erklärungen, welche hauptsächlich messbedingt, allenfalls auch zufällig sind (tiefe Fallzahlen) und nicht auf ein Qualitätsdefizit hindeuten. Die sehr tiefen Fallzahlen in dieser Kohorte (103 berücksichtigte Austritte) sind zu beachten. In 2025 erfolgt eine erneute vertiefte Analyse.

Angaben zur Messung	
Auswertung	Dr. med. Dr. sc. nat. Michael Havranek, Universität Luzern
Methode / Instrument	Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), angepasst auf die Schweizer Codier-Regeln. Die angepasste Version für die Schweiz wurde mittels einer Validierungsstudie geprüft.

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

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2018 bis 31.12.2021

	Anzahl eingeschlossene Primär-Implantate (Total)	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N)	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %			Adjustierte Revisionsrate %
			2018 - 2021	2018 - 2021	2015 - 2018	
Kantonsspital Uri						
Primäre Hüfttotalprothesen	239	4.60%	6.20%	5.60%	5.70%	4.70%
Primäre Knieprothesen	172	3.50%	4.70%	3.70%	2.80%	3.70%

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Revisionsrate bei den Knie-TP hat sich in den letzten Jahren gesenkt und liegt mit 3.7% auf Höhe des CH-Durchschnitts.

Bei den Hüft-TP wies das KSU in den Vorjahren eine - wenn auch nicht signifikant - erhöhte Revisionsrate auf. Die neusten Ergebnisse liegen nun wieder im normalen Bereich, wenn auch noch immer etwas erhöht. Tiefe Fallzahlen spielen in den Schwankungen sicher eine Rolle. Das KSU hat verschiedene Analysen durchgeführt. Diese deuten auf keine systemischen Defizite hin. Ein in 2021 durchgeführtes Peer Review zeigte ebenfalls keine Qualitätsdefizite und attestierte der Orthopädie des KSU state-of-the-art-Prozesse. Es konnten mögliche Einflussfaktoren evaluiert werden, wie z.B. ein spezieller Patientenmix oder frühere Methoden, welche inzwischen nicht mehr angewendet werden. Der Wert ist gemäss ANQ und SIRIS nicht überzuinterpretieren und kann bei tiefen Fallzahlen auf Zufall oder durch SIRIS nicht erkannten Unterschieden im Patientenmix beruhen. Es ist zu berücksichtigen, dass sich die Werte auf den Zeitraum 2018-2021 beziehen. Die Situation wird in 2025 erneut evaluiert.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- Blinddarm-Entfernungen
- *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
- *** Dickdarmoperationen (Colon)
- Kaiserschnitt (Sectio)
- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2023/2024	2023/2024	2020/2021	
Kantonsspital Uri						
Blinddarm-Entfernungen	36	1	0.00%	2.80%	2.50%	5.70% (0.00% - 13.30%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	10	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 30.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	19	6	18.20%	0.00%	31.60%	27.70% (7.60% - 47.80%)
Kaiserschnitt (Sectio)	95	5	5.40%	0.00%	5.30%	5.30% (1.70% - 11.90%)

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

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2023/2024	2023/2024	2020/2021	
Kantonsspital Uri						
Erstimplantation von Hüftgelenkprothesen	79	0	0.60%	2.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 4.60%)

* 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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Swissnoso-Infektionsraten liegen 2024 wie auch in den Vorjahren bei allen untersuchten Eingriffen im normalen Bereich. Colon und Sectio sind etwas erhöht, wenn auch nicht signifikant. Die tiefen Fallzahlen sind zu beachten. Die langjährige Entwicklung ist unauffällig. Beide Bereiche wurden bereits in der Erfassungsperiode evaluiert, Massnahmen umgesetzt und werden weiter beobachtet.

Das KSU ist in der Infektionsprävention proaktiv unterwegs, nimmt an zusätzlichen nationalen Messungen (HAI, CAUTI) teil und setzt die neusten SSI-Empfehlungen um. Die Infektionsraten zeigen über die letzten 10 Jahre insgesamt stabile und unauffällige Werte.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

11.2 Eigene Messung

11.2.1 HAI

Das KSU hat nach 2024 zum dritten Mal an der nationalen Punktprävalenz-Erhebung der healthcare-assoziierten Infektionen und des Einsatzes antimikrobieller Mittel in Schweizer Akutspitälern teilgenommen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die Erfassung erfolgte übers gesamte Spital

Das untersuchte Kollektiv der Punktprävalenzstudie umfasste 47 Patienten des KSU, schweizweit 12'414 Patienten.

Aufgrund der tiefen Fallzahlen ist eine Detailanalyse fürs KSU schwierig. Die Daten zeigen aber keine Auffälligkeiten, Raten und Antibiotika-Einsatz entsprechen den Schweizer Werten.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
Methode / Instrument	ECDC Protocol

11.2.2 CAUTI

Das KSU nimmt seit 2023 an der nationalen Erfassung katheter-assozierter Infektionen CAUTI teil.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die Erfassung erfolgte übers gesamte Spital.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Detailauswertung ist noch nicht abgeschlossen. Es zeigen sich keine Auffälligkeiten.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
Methode / Instrument	CAUTI

12 Stürze

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

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

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

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Interne Messung Sturz

Das KSU erfasst kontinuierlich alle Sturzereignisse im Spital. Daraus werden allfällige Massnahmen zur aktuellen und zukünftigen Sturzprävention abgeleitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die Messung erfolgt im gesamten Spital.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Kennzahlenaufbereitung wird zurzeit überarbeitet. Die Ergebnisse sind unauffällig.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	PORaBo
Methode / Instrument	PLEM

13 Dekubitus

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

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

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

13.1 Eigene Messungen

13.1.1 Interne Messung Dekubitus

Das KSU erfasst kontinuierlich alle Dekubitusereignisse im Spital. Daraus werden Massnahmen zur aktuellen und zukünftigen Dekubitusprävention abgeleitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die Erhebung erfolgt im gesamten Spital.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Kennzahlenaufbereitung wird zur Zeit überarbeitet. Die Ergebnisse sind unauffällig.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	PORaBo
Methode / Instrument	PLEM

Messungen in der Psychiatrie

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Internes Protokoll Bewegungseinschränkende Massnahmen

Die freiheitseinschränkenden Massnahmen werden anhand eines Pflegeprotokolls erfasst und täglich evaluiert. Das Konzept ist in Überarbeitung.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die Erfassung erfolgt über alle Abteilungen.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Eine sinnvolle Darstellung der Ergebnisse ist im Rahmen dieses Qualitätsberichts nicht möglich.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Weitere Qualitätsaktivitäten

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Interne Messungen (Akutsomatik)

Neben den oben aufgeführten kontinuierlichen internen Messungen führt das Kantonsspital Uri bereichsspezifisch weitere Messungen und Evaluationen durch. Die Ergebnisse fließen mittels entsprechender Controlling-Instrumente in übergeordnete Qualitätsgefässe ein.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Eine sinnvolle Eindordnung der Detailergebnisse ist im Rahmen dieses Qualitätsberichts nicht möglich.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Deko KSU

Das KSU hat den Auftrag als Akutspital mit Dekontaminationsstelle. Nach dem Bezug des Neubaus KSU wurde 2024 in enger Zusammenarbeit mit der Chemiewehr Uri und dem Kanton ein neues Konzept erstellt. Im Herbst 2024 wurde im Rahmen einer Übung mit der Chemiewehr die technische Umsetzung in den neuen Räumlichkeiten des KSU erfolgreich getestet. In 2025 folgen zwei weitere Übungen, in welchen die internen Prozesse getestet und beübt werden. Das Projekt wird in 2025 abgeschlossen.

18.1.2 Qualitätsvertrag

Der nationale Qualitätsvertrag, der 2024 in Kraft getreten ist, hat zum Ziel, die Qualitätsentwicklung in den Schweizer Spitälern und Kliniken verbindlich, koordiniert und transparent weiterzuentwickeln. Der Vertrag verlangt von den Spitälern die Erfüllung spezifischer Anforderungen in den Bereichen QMS, Q-Konzepte und Qualitätsverbesserungsmassnahmen in den Handlungsfeldern Governance, Qualitätskultur, Patientensicherheit, Evidenzbasierte Entscheidungsfindung und Patientenzentriertheit. Der Fokus liegt dabei auf der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung (PDCA).

Der nationale Qualitätsvertrag ist für alle beteiligten Parteien (Spitäler, Versicherer, Auditstellen) Neuland. 2024 und 2025 gelten daher als Einführungsjahre, in welchen Erfahrungen in der Umsetzung gemacht, Fragen geklärt und Schärfungen z.B. bezüglich der Überprüfung vorgenommen werden können.

Das KSU nutzt die Anforderungen des Qualitätsvertrags, um in spezifischen Bereichen die eigene Qualitätsstrategie voranzutreiben.

In 2024 erfolgte der Abgleich der Anforderungen des Qualitätsvertrags mit der IST-Situation im KSU, die erste Selbstdeklaration und Bestimmung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen im Handlungsfeld Qualitätskultur sowie die Erstellung eines Projektplan für die Umsetzung von erforderlichen Massnahmen für 2025 und 2026.

Im Herbst 2025 nimmt das KSU an einem Pilotaudit teil.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 Bezug Umbau

Im November 2024 konnte das Haus B (Umbau) bezogen werden. Der Umbau beherbergt neben der Medizinischen Diagnostik die neu geschaffenen Arbeitswelten für Aerzte, Beratungsdienste, Supportdienste und Management.

In einem Spital ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit für eine optimale Patientenversorgung zentral und trägt auch massgebend zum Gelingen von betrieblichen Projekten bei. In den Arbeitswelten rücken verschiedene Disziplinen näher zusammen, was kurze Wege schafft, und durch die offenen Strukturen wird der bereichsübergreifende Austausch bewusst gefördert. Diese Philosophie des «Gemeinsam wachsen» widerspiegelt sich auf den beiden Stockwerken, welche man räumlich sowie gestalterisch miteinander verbunden hat. Das Konzept orientiert sich an der Natur: «Pflanzen brauchen einen soliden und nährstoffreichen Boden, damit darin etwas wachsen kann. Das gilt auch im KSU. Wir sind aufeinander angewiesen, und insbesondere im Miteinander entstehen ganzheitliche und effiziente Lösungen zugunsten unserer Patientinnen und Patienten.

Mit dem Bezug des Umbaus erfolgte der letzte grosse Meilenstein des Um- und Neubaus KSU. In 2025 folgen noch der Rückbau des alten Bettentrakts und die anschliessende Getaltung des dort entstehenden Spitalgartens.

18.2.2 Onboarding

Das Projekt hat das Ziel eines spitalübergreifenden stringenten und koordinierten Einführungsmanagements für neue Mitarbeitende. Beginnend bei der Stellenausschreibung über Einführungsprogramme bis zum Ende der Probezeit.

Der Fokus liegt auf folgenden Aspekten:

- Gewinnen und Abholen von neuen Mitarbeitenden
- verstärkter Fokus auf die Vermittlung von Unternehmenskultur, Organisation und Zusammenarbeit
- effiziente und nachhaltige Informationsvermittlung
- koordinierte und standardisierte Abläufe über alle Ebenen
- Nutzung digitaler Möglichkeiten
- Einfache Hilfsmittel für Mitarbeitende und Vorgesetzte

In 2024 konnte das Projekt erfolgreich abgeschlossen werden. In 2025 folgte noch ein Follow-Up-Projekt "Einführung Aerzte".

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 QUALAB

Erfolgreiche Rezertifizierung des Labors nach Qualab.

19 Schlusswort und Ausblick

Die im Kapitel "Qualitätsstrategie" aufgezeigte Verankerung der Qualität im KSU zeigt, dass die Qualität der Leistungen für das KSU höchste Priorität hat. Die zahlreichen Massnahmen, die in den letzten Monaten zur Wahrung der Qualität initiiert und teilweise bereits umgesetzt wurden, verdeutlichen diese - im Übrigen seit jeher bestehenden - Anspruchshaltung.

Mit dem Bezug des Umbaus im November 2024 und dem Bezug der neuen Arbeitswelten haben wir einen letzten Meilenstein des Um- & Neubaus KSU gesetzt. In einem Spital ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit für eine optimale Patientenversorgung zentral und trägt auch massgebend zum Gelingen von betrieblichen Projekten bei. In den Arbeitswelten rücken verschiedene Disziplinen näher zusammen, was kurze Wege schafft, und durch die offenen Strukturen wird der bereichsübergreifende Austausch bewusst gefördert. Diese Philosophie des «Gemeinsam wachsen» widerspiegelt sich auf den beiden Stockwerken, welche man räumlich sowie gestalterisch miteinander verbunden hat. Das Konzept orientiert sich an der Natur: «Pflanzen brauchen einen soliden und nährstoffreichen Boden, damit darin etwas wachsen kann. Das gilt auch im KSU. Wir sind aufeinander angewiesen, und insbesondere im Miteinander entstehen ganzheitliche und effiziente Lösungen zugunsten unserer Patientinnen und Patienten.

Die Umsetzung des Qualitätsvertrags, welcher im Mai 2024 vom Bundesrat gutgeheissen wurde, wird die Aktivitäten und die Ausrichtung der Ressourcen des Qualitätsmanagements in den nächsten beiden Jahren wesentlich mitprägen. Auch wenn der Qualitätsvertrag einigen bürokratischen Aufwand mit sich bringt, decken sich die darin enthaltenen Fokusthemen mit unserer Qualitätsstrategie. Entsprechend wollen wir den Qualitätsvertrag nutzen, um unsere Qualitätsstrategie und Projekte voranzutreiben.

Die Rahmenbedingungen für die Schweizer Spitäler sind nicht gut. In der ganzen Schweiz werden grosse Defizite geschrieben und immer wieder Spitäler geschlossen. Dazu kommt, dass die Innovationskraft aufgrund der fehlenden Finanzen stark eingeschränkt ist. Es hilft jedoch wenig, in das Klagegeld einzustimmen. Vielmehr sind die Chancen, welche unsere Region bietet, zu nutzen. So ist das KSU das einzige Spital in unserem Kanton, es hat für die Bevölkerung eine ausserordentlich grosse Bedeutung. Die Zusammenarbeit mit der öffentlichen Hand ist beispiellos, und das Personal zeigt ein ausserordentlich hohes Commitment, sodass wir Vollbesetzung haben. Die «Hausaufgaben» sind jedoch zu erledigen, und das bedeutet für das KSU in erster Linie eine effizientere und effektivere Kapazitäten- und Ressourcensteuerung. Für diese Massnahme, welche eine vermehrte Fremdsteuerung der Leistungserbringer zur Folge hat, muss der Kulturwandel weiter vorangetrieben werden. Der Kulturwandel hilft ebenso bei der zweiten zentralen Aufgabe, der Standardisierung der Prozesse. Diese sind mit Blick auf die aktuellen Begebenheiten, wozu auch ambulante Fallpauschalen gehören, konsequent neu zu designen. Denn standardisiertere Prozesse bedeuten nicht nur tiefere Kosten, sondern sie führen auch zu einer höheren Patientensicherheit und zu einer höheren Mitarbeiterzufriedenheit. In diesem Sinne sind die Ziele für das Jahr 2025 festgelegt worden, welche auch im Jahr 2026 die Geschäftstätigkeit des KSU prägen 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 und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Spinale Neurochirurgie
Periphere Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)

Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Wechseloperationen Hüftprothesen
Wechseloperationen Knieprothesen
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.