Spital Männedorf

# Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

| | | |
|---|---|---|
| Freigabe am: | 15.05.2025 | Version 1 |
| Durch: | Christine von Ahlen, Leiterin Qualitätsmanagement / Stv. Leiterin Integrales Kapazitätsmanagement | |

**Spital Männedorf AG**

**www.spitalmaennedorf.ch**

**Akutsomatik**

# Impressum

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

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

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

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

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

## Zielpublikum

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

## Kontaktperson Qualitätsbericht 2024

Frau Dr.
Christine von Ahlen
Ltg. Qualitätsmanagement / Stv. Ltg. Kapazitätsmanagement
044 922 2978
c.vonahlen@spitalmaennedorf.ch

# Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Die H+ Qualitätsberichtsvorlage 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 Grüsse

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

# Inhaltsverzeichnis

**Impressum** ..... **2**
**Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen** ..... **3**
**1 Einleitung** ..... **6**
**2 Organisation des Qualitätsmanagements** ..... **7**
2.1 Organigramm ..... 7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement ..... 7
**3 Qualitätsstrategie** ..... **8**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024 ..... 8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024 ..... 9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren ..... 9
**4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten** ..... **10**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen ..... 10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen ..... 10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen ..... 11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte ..... 12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen ..... 14
4.4.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews
4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs) ..... 15
4.5 Registerübersicht ..... 16
4.6 Zertifizierungsübersicht ..... 19
**QUALITÄTSMESSUNGEN** ..... **21**
**Zufriedenheitsbefragungen** ..... **22**
**5 Patientenzufriedenheit** ..... **22**
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene ..... 22
5.2 Eigene Befragung ..... 24
5.2.1 Spitaleigener Bewertungsbogen zur Zufriedenheitsmessung ..... 24
5.3 Beschwerdemanagement ..... 24
**6 Angehörigenzufriedenheit**
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
**7 Mitarbeitendenzufriedenheit** ..... **25**
7.1 Eigene Befragung ..... 25
7.1.1 Mitarbeiterbefragungen ..... 25
7.1.2 Einführungs- und Austrittsmonitoring ..... 26
**8 Zuweiserzufriedenheit** ..... **27**
8.1 Eigene Befragung ..... 27
8.1.1 Zuweiserbefragung ..... 27
**Behandlungsqualität** ..... **28**
**Messungen in der Akutsomatik** ..... **28**
**9 Wiedereintritte** ..... **28**
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen ..... 28
**10 Operationen** ..... **30**
10.1 Hüft- und Knieprothetik ..... 30
**11 Infektionen** ..... **31**
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte ..... 31
**12 Stürze** ..... **33**
12.1 Eigene Messung ..... 33
12.1.1 Systematische Sturzerfassung ..... 33
**13 Dekubitus** ..... **34**
13.1 Eigene Messungen ..... 34
13.1.1 Erfassung Dekubitus ..... 34
**Messungen in der Psychiatrie** ..... **0**

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.
15 Symptombelastung psychischer Störungen
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.
**Messungen in der Rehabilitation** ..... 0
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.
**Weitere Qualitätsaktivitäten** ..... 35
**17 Weitere Qualitätsmessungen** ..... 35
17.1 Weitere eigene Messungen ..... 35
17.1.1 CleanHands (Akutsomatik) ..... 35
17.1.2 Messung von PROMS bei Hüft- und Knietotalprothesen (Akutsomatik) ..... 36
17.1.3 Messung von PROMS bei Prostatektomien (Akutsomatik) ..... 36
**18 Projekte im Detail** ..... 37
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte ..... 37
18.1.1 Führen eines Überwachungsprogramm (Surveillance) von Antibiotikaverbrauch ..... 37
18.1.2 Physician Associates: Ein Gewinn für die Versorgungsqualität im Spital Männedorf ..... 37
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024 ..... 38
18.2.1 Zertifizierung Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie ..... 38
18.2.2 Organisation Internationaler Tag der Händehygiene ..... 38
18.2.3 Überarbeitung Pflegedokumentation ..... 38
18.2.4 Implementierung Monatsthemen und Neuorganisation Einführung neuer Mitarbeiter in der Pflege ..... 38
18.2.5 Optimierung Kathetermanagement ..... 39
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte ..... 39
18.3.1 Zertifizierung zum Kontinenz- und Beckenbodenzentren ..... 39
18.3.2 Aufrechterhaltung bestehender Zertifizierungen ..... 39
**19 Schlusswort und Ausblick** ..... 40
**Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot** ..... 41
Akutsomatik ..... 41
**Herausgeber** ..... 43

# 1 Einleitung

Seit über 140 Jahren ist das Spital Männedorf ein zentraler Pfeiler der medizinischen Grundversorgung am rechten Zürichseeufer. Die rund 80'000 Einwohnerinnen und Einwohner der Region vertrauen auf die qualitativ hochwertige und wohnortsnahe medizinische Betreuung, die das Spital in den Bereichen Medizin, Chirurgie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe bietet. Neben diesen Kernbereichen haben sich spezialisierte Fachrichtungen wie Orthopädie, Palliativmedizin, Geriatrie und Urologie etabliert, um eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

Ein wesentliches Merkmal des Spitals Männedorf ist die gezielte Zusammenarbeit mit starken Partnern, um Synergien zu nutzen und die Versorgungsqualität kontinuierlich zu verbessern. Die Kooperation mit der Klinik Hirslanden Zürich ermöglicht Patientinnen und Patienten Zugang hochspezialisierter Radiotherapie. In der Orthopädie und Traumatologie arbeitet das Spital eng mit der Universitätsklinik Balgrist (UKB) zusammen, insbesondere im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie. Ergänzend dazu stellt die Kooperation mit der Uroviva AG eine hochqualifizierte urologische Versorgung sicher. Diese Partnerschaften unterstreichen den strategischen Fokus des Spitals, die bestmögliche medizinische Betreuung durch gezielte Zusammenarbeit sicherzustellen. Die moderne Infrastruktur und die enge Vernetzung mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Spitex-Organisationen sowie Pflegeeinrichtungen stärken das Spital als regionalen Gesundheitsdienstleister.

Die Qualität unserer medizinischen Leistungen wird regelmässig durch unabhängige Bewertungen und Zertifizierungen bestätigt. Zudem wurde die Orthopädie des Spitals als eine der führenden Fachkliniken des Landes ausgezeichnet. Hervorragende Ergebnisse erzielte das Spital auch bei der nationalen Erhebung der 2-Jahres-Revisionsraten von Gelenkprothesen, die deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt lagen.

Neben der kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität wird auch die interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb des Spitals gestärkt. Seit 2023 ist das interdisziplinäre Team der Alterstraumatologie aktiv, das ältere Unfallpatientinnen und -patienten von der Notfallaufnahme bis zur Entlassung begleitet. Ergänzt wird diese Entwicklung durch die Einführung der Advanced Practice Nurse (APN), die als Bindeglied zwischen Ärzteschaft und Pflege fungiert. Ihr erweitertes Kompetenzspektrum trägt dazu bei, komplexe Krankheitsbilder noch gezielter zu betreuen. Ein weiterer innovativer Schritt wurde mit der Einführung des Physician Associate (PA) Teams gemacht. Die PAs übernehmen ärztliche Routineaufgaben, entlasten Assistenzärztinnen und -ärzte und stellen eine kontinuierliche Patientenbetreuung sicher. Dadurch wird die interprofessionelle Zusammenarbeit weiter gestärkt und die Effizienz im stationären und ambulanten Bereich optimiert.

Auch im Bereich der Prävention engagiert sich das Spital Männedorf: Auf der akutgeriatrischen Station kommen QUMEA-Sensoren zur Sturzprävention und Mobilitätsüberwachung zum Einsatz. Sie erkennen Bewegungen und lösen im Bedarfsfall automatisch einen Alarm aus, um das Pflegepersonal frühzeitig zu informieren. Mit dem neuen „Männi Balance“-Programm bietet das Spital zudem ein gezieltes Training für Seniorinnen und Senioren, um Kraft, Koordination und Gleichgewicht zu verbessern – und damit Spitalaufenthalte präventiv zu vermeiden.

Das Spital Männedorf verfolgt eine klare Strategie: durch Innovation, interdisziplinäre Zusammenarbeit und den gezielten Ausbau von Kooperationen eine nachhaltige, zukunftsfähige und hochqualitative Gesundheitsversorgung für die Region sicherzustellen.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

# 2 Organisation des Qualitätsmanagements

## 2.1 Organigramm

Das Qualitätsmanagement ist dem Bereich Unternehmensentwicklung und Integrales Kapazitätsmanagement angesiedelt. Darüber hinaus sind Risikomanagement, Projektportfoliomanagement und Innovationen, Infektionsprävention und Spitalhygiene, die Koordination von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz sowie die Koordination des Datenschutzes Teil der Unternehmensentwicklung.

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:
Das Qualitätsmanagement ist in die Unternehmensentwicklung integriert, welche als Stabsfunktion der Geschäftsleitung direkt unterstellt ist.

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

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Dr. Christine von Ahlen
Leiterin Qualitätsmanagement
044 922 2978
c.vonahlen@spitalmaennedorf.ch

# 3 Qualitätsstrategie

Ziel der Qualitätsstrategie der Spital Männedorf AG ist es, Mehrwert durch patientenorientierte Prozesse zu schaffen, welche die Sicherheit und Behandlungsqualität kontinuierlich steigern.

In der Spitalstrategie wurden daher folgende Qualitätsziele definiert:

▪ Die im Spital erbrachten Leistungen orientieren sich an den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW Kriterien) ebenso wie an den Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten sowie weiteren externen bzw. internen Kunden.
▪ Das Spital Männedorf versteht sich als ein Dienstleistungsunternehmen, das den Patienten mit seinen Erwartungen, Wünschen und Bedürfnissen in den Mittelpunkt des täglichen Handelns stellt.
▪ Um den Patienten bestmöglich in den Behandlungsprozess miteinzubeziehen, wird eine umfassende Aufklärung des Patienten über die Diagnosestellung, seine Krankheit, deren Behandlungsmöglichkeiten, die Risiken und Alternativen als Grundlage der weiteren Behandlung erachtet.
▪ Die Behandlung richtet sich nach der körperlichen Verfassung, dem psychologischen Wohlbefinden, der sozialen Integration und der Funktionsfähigkeit im Alltag. Eine Gewichtung der Komponenten erfolgt durch den Patienten selber.
▪ Prozessorientiertes Denken und Handeln sowie die ständige Verbesserung derselben ist die Grundlage für eine stetige Steigerung der Behandlungsqualität, indem Leerläufe eliminiert und Komplikationen verhindert werden.
▪ Wir möchten unseren Patienten eine höchstmögliche Qualität der Spitalleistungen anbieten und durch ständige Verbesserung der Prozesse sowie der räumlichen und technischen Ausstattung eine optimale Behandlung gewährleisten.
▪ Wir sind bestrebt, die diagnostische und therapeutische Versorgung laufend den aktuellsten Standards der medizinischen Wissenschaften anzupassen.
▪ Durch einen sinnvollen Einsatz der vorhandenen Mittel gewährleistet das Spital den Einsatz moderner Technik, Therapie und Diagnostik einerseits sowie ein entsprechendes Aus-, Fort- und Weiterbildungsniveau andererseits.
▪ Die notwendige Transparenz über das Qualitätsmanagement und dessen Ergebnismessungen ist sichergestellt.
▪ Die Kreativität und Erfahrung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verbesserung der Behandlungsqualität wird genutzt.
▪ Durch die Zusammenarbeit mit den internen und externen Kooperationspartnern und den optimierten Informationsaustausch können die an uns gestellten Qualitätsansprüche erfüllt werden.
▪ Alle Mitarbeitenden des Spitals erbringen gegenüber Patienten, internen und externen Kunden, Vertragspartnern und Behörden, alle Tätigkeiten und Dienstleistungen in höchstmöglicher Qualität, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften und der verfügbaren Mittel.

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

## 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

**Im Berichtszeitraum 2024 wurden folgende Qualitätsschwerpunkte gesetzt:**

- Umsetzung des im Mai 2024 in Kraft getretenen Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG. Dabei werden definierte Qualitätsverbesserungsmassnahmen aus den folgenden vier Handlungsfeldern umgesetzt:
  - Qualitätskultur,
  - Patientensicherheit,
  - evidenzbasierte Entscheidungsfindung sowie
  - Patientenzentriertheit
- Umsetzung von Massnahmen aus der Analyse der Ergebnisse der nationalen (ANQ) und

internen Qualitätsmessungen des Vorjahres.

- Vorbereitung der Zertifizierung zum Kompetenzzentrums für Hernienchirurgie sowie der Zertifizierung zum Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

- Implementierung von Physician Associates (PAs): Durch ihre gezielte Einbindung in den klinischen Alltag tragen sie zur Optimierung der Behandlungsabläufe, zur besseren interdisziplinären Zusammenarbeit und zur erhöhten Patientensicherheit bei.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

**Im Berichtszeitraum 2024 wurden folgende Qualitätsziele erreicht:**

- Durchführung aller geplanten und in den anderen Kapiteln beschriebenen Qualitätsaktivitäten.
- Aufrechterhaltung bestehender Zertifizierungen sowie Vorbereitung weiterer Zertifizierungen.
- Nutzung der Ergebnisse aus Qualitätsmessungen um Behandlungsergebnisse systematisch zu analysieren und daraus konkrete Massnahmen zur Verbesserung abzuleiten.

## 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Lean Management wird bei allen Aktivitäten des Spitals Männedorf berücksichtigt. Wir möchten uns kontinuierlich verbessern und dabei stets die Bedürfnisse unserer Patienten in den Mittelpunkt unseres Handelns stellen. Ebenso ist uns auch eine gute Zusammenarbeit mit unseren Gesundheitspartnern wie beispielsweise den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, der Spitex und Pflegeheimen sehr wichtig.
In der Unternehmensstrategie des Spitals Männedorf ist die integrierte Versorgung fest verankert. Diese soll in den nächsten Jahren noch weiter ausgebaut werden. Dabei ist ein enges Zusammenspiel aller beteiligten Organisationen für die bestmögliche Patientenbetreuung und –behandlung unerlässlich. Ein weiterer Schwerpunkt der kommenden Jahre wird die Weiterentwicklung der Betreuung von akutgeriatrischen und gerontotraumatologischen Patientinnen und Patienten sein. In diesem Zusammenhang wird die Implementierung von APNs und PAs vorangetrieben.
Um unsere hohen Qualitätsstandards objektiv nachweisen zu können, sind verschiedene Bereiche in unserem Spital zertifiziert und es wird an diversen Registern teilgenommen. Diese Zertifizierungen und Register werden wir auch in den kommenden Jahren pflegen und uns durch zusätzliche Zertifizierungen weiterentwickeln.

# 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:** |
|---|
| *Akutsomatik* |
| ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso |
| ▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS) |
| ▪ Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene |
| ▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen |

## 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

| **Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:** |
|---|
| ▪ PROMs bei primären elektiven Hüft- und Knietotalprothesen |
| ▪ PROMs bei Prostatektomien |
| ▪ Qualitätsprogramme des Kanton Zürich |

## 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:** |
|---|
| *Patientenzufriedenheit* |
| ▪ Spitaleigener Bewertungsbogen zur Zufriedenheitsmessung |
| *Mitarbeitendenzufriedenheit* |
| ▪ Mitarbeiterbefragungen |
| ▪ Einführungs- und Austrittsmonitoring |

| **Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:** |
|---|
| *Dekubitus* |
| ▪ Erfassung Dekubitus |
| *Weitere Qualitätsmessungen: Akutsomatik* |
| ▪ CleanHands |
| ▪ Messung von PROMS bei Hüft- und Knietotalprothesen |
| ▪ Messung von PROMS bei Prostatektomien |

## 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

### Standardisierte Behandlungspfade

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Etablierung weiterer Behandlungspfade |
| **Bereich, in dem das Projekt läuft** | Orthopädie und Gynäkologie |
| **Projekt: Laufzeit** (von…bis) | Gesamtes Berichtsjahr |
| **Art des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| **Begründung** | Standardisierte Behandlungspfade sichern die Behandlungsqualität |
| **Methodik** | Lean Management |
| **Involvierte Berufsgruppen** | Interdisziplinäre und interprofessionelle Teams |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Unter Behandlungspfaden werden im Spital Männedorf standardisierte, interdisziplinäre und interprofessionelle Instrumente zur Koordination der Behandlung unserer Patientinnen und Patienten verstanden. Sie stellen den stationären Behandlungsablauf dar. Der Behandlungspfad wird unter Berücksichtigung der Best Practices der Professionen und Disziplinen sowie unter ökonomischen Aspekten wie beispielsweise der mittleren Verweildauer erstellt. Deren Einsatz hat sich bewährt. |

### Qualitätsindikatoren für die stationäre Innere Medizin

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Messung des Qualitätsverbesserungszyklus |
| **Bereich, in dem das Projekt läuft** | Innere Medizin |
| **Projekt: Laufzeit** (von…bis) | Seit dem Jahr 2022 |
| **Art des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| **Begründung** | Die Empfehlungen der Fachgesellschaft werden umgesetzt. |
| **Methodik** | Gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für allgemeine Innere Medizin |
| **Involvierte Berufsgruppen** | Arztdienst, Pflege |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Die Nutzung der Qualitätsindikatoren haben sich bewährt. |
| **Weiterführende Unterlagen** | https://www.sgaim.ch/de/qualitaet/qualitaet-im-spital/qualitaetsindikatoren |

## Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Ziel ist es die Behandlungsabläufe besonders schwerer Krankheitsverläufe zu analysieren, zu reflektieren und Prozesse zukünftig zu optimieren |
| **Bereich, in dem das Projekt läuft** | Verschiedene Fachbereiche |
| **Projekt: Laufzeit** (von…bis) | Seit dem Jahr 2020 |
| **Art des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| **Involvierte Berufsgruppen** | Mehrere Berufsgruppen und Disziplinen |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sind ein verbreitetes Instrument für individuelles und organisationales Lernen in Spitälern. Dieses Instrument hat sich auch am Spital Männedorf bewährt. |

## Nutzung der Clavien-Dindo Klassifikation bei chirurgischen Eingriffen

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Erfassung von Komplikationen |
| **Bereich, in dem das Projekt läuft** | Gesamte Chirurgie |
| **Projekt: Laufzeit** (von…bis) | Seit dem September 2020 |
| **Art des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| **Involvierte Berufsgruppen** | Chirurgische Ärzte |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Es erfolgt eine systematische Erfassung von Komplikationen mittels Clavien-Dindo Klassifikation bei jedem chirurgischen Spitalaustritt. Patienten, deren Komplikationen ≥ der Klassifikation 3b eingestuft wurde, werden in einer zweiwöchentlich stattfindenden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz interdisziplinär nachbearbeitet und diskutiert. |

## KVP Boards (KVP: kontinuierlicher Verbesserungsprozess)

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Kontinuierliche Verbesserung |
| **Bereich, in dem das Projekt läuft** | Ganzes Spital |
| **Projekt: Laufzeit** (von…bis) | Seit dem Jahr 2016 |
| **Art des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| **Begründung** | Mittels KVP-Boards können und sollen die Mitarbeitenden in regelmässigen Treffen Verbesserungsvorschläge für ihren Bereich initiieren. |
| **Methodik** | Lean Management |
| **Involvierte Berufsgruppen** | Alle Abteilungen und Berufsgruppen können KVP Boards betreiben |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Die Nutzung der KVP Boards haben sich bewährt und sind nun in fast allen Bereichen im Einsatz. |

## Persönliche Gästebetreuung für zusatzversicherte Patient/innen

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Persönliche Umsorgung der zusatzversicherten Patient/innen |
| **Bereich, in dem das Projekt läuft** | Zusatzversicherte Patienten im ganzes Spital |
| **Projekt: Laufzeit** (von…bis) | Seit dem Jahr 2019 |
| **Art des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| **Begründung** | Zusatzangebot für unsere halbprivat und privat versicherten Patienten |
| **Involvierte Berufsgruppen** | Gästebetreuerinnen, welche alles Diplomierte Pflegefachfrauen sind. |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Die Gästebetreuerinnen des Spitals Männedorf bieten den halbprivat- und privatversicherten Patientinnen und Patienten eine sehr persönlichere und professionelle Umsorgung. Da sie alle über langjährige Berufserfahrung als Diplomierte Pflegefachfrauen verfügen, können sie unsere Patienten nicht nur betreuen, sondern während den gesamten Spitalaufenthalt auch interprofessionell und interdisziplinär begleiten. Bei Fragen und Anliegen der Patienten können sie jederzeit zielgerichtet reagieren. |

### 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 2006 ein CIRS eingeführt.
Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

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

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

**Bemerkungen**
Das CIRS wurde im Jahr 2016 von der Gesundheitsdirektion Zürich erfolgreich auditiert.

### 4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)

Patient-reported Outcome Measures (PROMs) messen die von Patient:innen individuelle, subjektive Wahrnehmung einer Behandlung auf die Lebensqualität. Neben anderen Indikatoren messen sie die Behandlungsqualität und geben ein Abbild der Lebensqualität der Patient:innen entsprechend ihren individuellen Werten, Präferenzen und Vorstellungen. Die Messung erfolgt mittels standardisierter, international validierter Fragebögen zum subjektiven Gesundheitszustand vor, während und nach einer Behandlung. Die Erfassung und Analyse von PROMs haben einen vielfältigen Nutzen. Sie helfen beispielsweise die Kommunikation und Shared-Decision-Making mit den Patient:innen zu verbessern. Zudem erhält das medizinische Fachpersonal eine zeitnahe Rückmeldung über den Behandlungserfolg aus Sicht der Patient:innen und kann weitere Schritte einleiten.

| **Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgenden PROM-Messungen durchgeführt/geplant:** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Krankheitsbild** | **Leistungsbereich** | **Behandlungspfad(e)/Klinik(en)** | **Verwendete Score(s)** | **Seit/Ab** | **Kommentare** |
| Prostatakarzinome | Basispaket | Radikale Prostatektomie | gemäss Anforderungen des Kanton Zürich | 01/2020 | gemäss Anforderungen des Kanton Zürich |
| Hüftarthrose | Basispaket | Hüfttotalprothese | gemäss Anforderungen des Kanton Zürich | 07/2019 | gemäss Anforderungen des Kanton Zürich |

## 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**<br>Monitoring der AnästhesieQUAlität in der Schweiz | Anästhesie | SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine<br>www.ssapm.ch/ | 2014 |
| **anresis.ch**<br>ANRESIS: Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen | Alle Fachbereiche | Institut für Infektionskrankheiten, Bern<br>www.anresis.ch<br><br>www.infect.info | 2016 |
| **AQC**<br>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<br>www.aqc.ch | 2003 |
| **ASF**<br>Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken | Gynäkologie und Geburtshilfe | SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe<br>www.sevisa.ch | 2006 |
| **Infreporting**<br>Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten | Infektiologie, Epidemiologie | Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme<br>www.bag.admin.ch/infreporting | 2019 |
| **MDSi**<br>Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI | Intensivmedizin | SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin<br>www.sgi-ssmi.ch/ | 2008 |
| **MIBB**<br>Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien | Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie | MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie c/o Adjumed Services AG<br>www.mibb.ch/ | 2007 |
| **MS**<br>Medizinische Statistik der | Alle Fachbereiche | Bundesamt für Statistik<br>www.bfs.admin.ch | 1998 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Krankenhäuser | | | |
| **NICER**<br>Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung | Alle Fachbereiche | NICER Seilergraben 49, CH-8001 Zürich 8001 Zürich<br>www.nicer.org | 2020 |
| **Prostatektomie-Register**<br>Prostatektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie | Urologie | Schweizerische Gesellschaft für Urologie<br>swissurology.ch/register/<br><br>adjumed.com/support/schnittstellen/familie-urologie/ | 2020 |
| **SBCDB**<br>Swiss Breast Center Database | Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie | SBCDB Swiss Breast Center Database c/o Adjumed Services AG<br>www.sbcdb.ch | 2015 |
| **SIRIS**<br>Schweizerisches Implantat-Register SIRIS | Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie | Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin<br>www.siris-implant.ch/<br><br>siris-spine.com/ | 2012 |
| **SMOB**<br>Swiss Morbid Obesity Register | Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie | SMOB Register<br>www.smob.ch/ | 2015 |
| **Swissnoso SSI**<br>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<br>www.swissnoso.ch | 2012 |

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 Ostschweiz**<br>Krebsregister Ostschweiz | Alle | ostschweiz.krebsliga.ch/<br><br>ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-ostschweiz-forschung/ |
| **KR Zürich/Zug/Schaffhausen/ Schwyz**<br>Krebsregister der Kantone Zürich, Zug, Schaffhausen und Schwyz | Alle | www.krebsregister.usz.ch<br><br>www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/ |
| **NICER** | Alle | Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung |

| | | |
|---|---|---|
| Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung | | www.nicer.org |

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

| Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert: | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Angewendete Norm** | **Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet** | **Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment** | **Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment** | **Kommentare** |
| Q-Label der Krebsliga Schweiz | Brustzentrum | 2023 | - | Gemeinsame Zertifizierung mit dem USZ als Brustzentrum USZ-See |
| «Qualität in Palliative Care» | Palliative Station | 2016 | 2021 | |
| ISO 9001:2015 | Onkologie Zentrum | 2017 | 2024 | Seit 2010 lag eine Zertifizierung nach ISO 9001:2008 vor. Internationale Norm für die Sicherheit von Arbeitsabläufen, Räumlichkeiten und Geräten. |
| ISO 9001:2015 | Rettungsdienst | 2013 | 2024 | Internationale Norm für die Sicherheit von Arbeitsabläufen, Räumlichkeiten und Geräten. |
| Swiss Cancer Network | Onkologie Zentrum | 2014 | 2024 | Das Zertifikat Swiss Cancer Network hat zum Ziel, die Behandlungs- und Betreuungsqualität für Tumorpatienten zu fördern. |
| Richtlinien für die Zertifizierung von Intensivstationen (IS) durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) | Intensivstation | 2001 | 2021 | Intensivstation der Kategorie B |
| IVR Interverband für Rettungswesen | Rettungsdienst | 2010 | 2019 | Durchführung von Qualitätskontrollen bei den Rettungsdiensten |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | (Anerkennungsverfahren) |
| HQuality | Betreuung/Hotellerie | 2006 | 2013 | HQuality ist ein Qualitätslabel des Verbands Zürcher Krankenhäuser (VZK). |
| Schweizerische Wundgesellschaft (SAfW) | Wundambulatorium | 2019 | 2023 | Zertifizierung zum von der SAfW anerkannten Wundbehandlungszentrum |
| Hernienzentrum | Viszeralchirurgie | 2025 | - | Zertifizierung durch die Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) |

# 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 Patienten-befragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

**Messergebnisse**

| Fragen | Vorjahreswerte 2019 | 2021 | 2023 | Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2024 (CI* = 95%) |
|---|---|---|---|---|
| **Spital Männedorf AG** | | | | |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)? | 4.17 | 4.30 | 4.20 | – (–) |
| Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen? | 4.62 | 4.67 | 4.65 | – (–) |
| Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen? | 4.59 | 4.63 | 4.61 | – (–) |
| Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt? | 4.56 | 4.53 | 4.58 | – (–) |
| Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts? | 3.98 | 4.20 | 4.10 | – (–) |
| Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts? | 88.10 % | 92.90 % | 91.00 % | – % |
| 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 einsetzten, bestand aus fünf bis sechs Fragen. Um künftig eine vertieftere 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 | ▪ Im Spital verstorbene Patient:innen.<br>▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein.<br>▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt. |

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Spitaleigener Bewertungsbogen zur Zufriedenheitsmessung

Patientenfeedbacks sind für die Mitarbeitenden des Spital Männedorf sehr wichtig, da sie uns die Möglichkeit geben, unsere Arbeit immer wieder kritisch zu überdenken und zu verbessern.

Es sind zwei separate Patientenfragebögen für ambulante und für stationäre Patienten unter Einbeziehung der vom ANQ verwendeten Fragestellungen im Einsatz. Diese stehen allen Patienten zur freien Verfügung. Die Fragebögen bieten die Möglichkeit, unser Spital anhand von konkreten Fragen auf einer Skala von 1 bis 5 zu bewerten. Darüber hinaus können im Freitext Lob, Verbesserungsvorschläge und Bemerkungen formuliert werden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die Befragung hat kontinuierlich in allen ambulanten und stationären Bereichen des Spitals stattgefunden.
Alle stationären Patienten erhalten den Bewertungsbogen bei Eintritt von der Patientenaufnahme. Für die ambulanten Patienten liegt der Fragebogen in den entsprechenden Bereichen zur freien Verfügung aus. Darüber hinaus sind beide Fragebögen auch auf der Website des Spitals jederzeit ausfüllbar.

Die Befragung wird intern ausgewertet und die Ergebnisse kommuniziert. Sofern eine Kontaktaufnahme von Seiten der Patientinnen und Patienten gewünscht wird, werden diese persönlich von einem Mitarbeitenden der Abteilung für Unternehmensentwicklung oder der betreffenden Fachabteilung kontaktiert.
Bei als Freitext formuliertem Lob, Kritik und Verbesserungsvorschlägen wird der ausgefüllte Fragebogen an die involvierten Bereiche weitergeleitet. Durch dieses Vorgehen wird sichergestellt, dass sowohl Lob als auch Kritik die entsprechenden Personen erreicht und Verbesserungsmassnahmen an den richtigen Stellen eingeleitet werden. Ebenso werden auch positive und wertschätzende Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten den Mitarbeitenden zugestellt.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | Bewertungsbogen Spital Männedorf |

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Spital Männedorf AG**
Nadja Maier
Assistentin CEO
+41 (0)44 922 2931
patientenfeedback@spitalmaennedorf.ch
42h pro Woche (Montag-Freitag)

Patienten und Besucher können uns darüber hinaus gerne Rückmeldung über unseren spitalinternen Bewertungsbogen auf der Homepage geben.

# 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 Mitarbeiterbefragungen

Ziel der Befragungen ist die gezielte Erfassung von Mitarbeiterbedürfnissen zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit und Erhöhung der Identifikation von Mitarbeitern mit dem Unternehmen. Das verwendete Messmodell beinhaltet Fragen zu organisatorischen Rahmenbedingungen und zur persönlichen Einstellung des Mitarbeiters. Die Mitarbeiterbefragungen führen wir regelmässig im Vorfeld der Mitarbeiter-Informationsveranstaltungen durch.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Monat April durchgeführt.
Alle Mitarbeitenden waren aufgefordert an der Befragung teilzunehmen. Diese beinhaltete Fragen zur Mitarbeiterzufriedenheit sowie zur Identifikation mit dem Unternehmen.
Die gesamte Mitarbeiterschaft wurde befragt.

Eine Rücklaufquote von 41% war erfreulich. 71% davon gaben an, insgesamt mit ihrem Arbeitgeber zufrieden zu sein. An Hand der Ergebnisse der Befragung und den vielen Kommentaren konnte eine fundierte Diskussion mit den Mitarbeitenden geführt und entsprechende Massnahmen abgeleitet werden. Weitere Umfragen wurden mit bestimmten Zielgruppen (z.B. Auszubildende) oder Themenbereiche (z.B. IT Strategie) durchgeführt.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Nationales Auswertungsinstitut | eigene Auswertung über Netigate |
| Methode / Instrument | online Befragung |

### 7.1.2 Einführungs- und Austrittsmonitoring

Als Arbeitgeber hat das Spital Männedorf ein grosses Interesse daran zu erfahren, wie die Mitarbeitenden die ersten 100 Tage ihres Arbeitsverhältnisses beurteilen. Mit dem Ausfüllen des Einführungsmonitorings erfassen wir die Anliegen und Erfahrungen von neu eintretenden Mitarbeitenden und können die Einführung und die Arbeitszufriedenheit stetig verbessern. Mit der Veranstaltung „100 Tage SMA“ holen wir Rückmeldungen zusätzlich mündlich ab.

Austrittsmonitoring ist - wie das Einführungsmonitoring - ein internetbasiertes System zur standardisierten Befragung von austretenden Mitarbeitenden. Das Austrittsmonitoring verfolgt folgende Ziele:

- Grundlage für Personalerhaltung (Retention Management)
- Informations-, Image- und Hygienefunktion
- Zeigt Problembereiche, Stärken und Entwicklungen

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die Befragung richtet sich an die ein- und austretenden Mitarbeitenden aus allen Bereichen und Abteilungen.
Es werden alle neu eingetretenen sowie alle austretende Mitarbeitende befragt.

Beim Austrittsmonitoring gaben 77% der Mitarbeitenden an, sie würden das Spital als Arbeitgeber weiterempfehlen.

| **Angaben zur Messung** | |
|---|---|
| Nationales Auswertungsinstitut | eigene Auswertung über Netigate |
| Methode / Instrument | online-Fragebogen |

# 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

Anhand von gezielten Fragestellungen möchten wir Themen und Bereiche identifizieren in denen wir uns als Spital in der Zusammenarbeit mit unseren Zuweiserinnen und Zuweisern noch verbessern können.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.
Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2025.
Es wurden die Zuweiser aller stationären Abteilungen befragt.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Nationales Auswertungsinstitut | Netigate |
| Methode / Instrument | Zuweiserbefragung |

# Behandlungsqualität

## Messungen in der Akutsomatik

# 9 Wiedereintritte

## 9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

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

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

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

**Messergebnisse**

| Qualitätsindikatoren | BFS-Daten 2021 | BFS-Daten 2022 |
|---|---|---|
| **Spital Männedorf AG** | **Risikoadjustierte Rate** | **Risikoadjustierte Rate** |
| Spitalweite Kohorte | 5.55 % | 6.08 % |
| Chirurgisch-gynäkologische Kohorte | 3.96 % | 4.49 % |
| Kardiorespiratorische Kohorte | 10.95 % | 14.68 % |
| Kardiovaskuläre Kohorte | 2.83 % | 8.76 % |
| Neurologische Kohorte | 6.19 % | 7.6 % |
| Sonstige medizinische Kohorte | 8.85 % | 8.53 % |

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

Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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

| Angaben zum untersuchten Kollektiv | | |
|---|---|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen | Einschlusskriterien | ▪ Stationäre Patientinnen und Patienten.<br>▪ 18 Jahre oder älter.<br>▪ Patient:in ist beim Erstaufenthalt nicht verstorben.<br>▪ Patient:in wurde nach Erstaufenthalt nicht direkt an ein anderes Akutspital überwiesen.<br>▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes oder eines Haupt- oder Nebenbehandlungs-Kodes, der gemäss den spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien eine der Kohorten beschreibt. |
| | Ausschlusskriterien | ▪ Entlassung erfolgte beim Erstaufenthalt entgegen dem Rat des behandelnden Arztes.<br>▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes für eine psychiatrische Erkrankung oder eine Rehabilitation.<br>▪ 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»).<br>▪ 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).<br>▪ 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.<br>▪ Beim betreffenden Erstaufenthalt handelt es sich bereits um eine ungeplante Rehospitalisation während 30 Tagen eines vorhergehenden Erstaufenthalts mit dem gleichen Grundleiden.<br>▪ Patient:in lebt im Ausland.<br>▪ 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** | **2016 - 2019** | **2017 - 2020** | **2018 - 2021** |
| **Spital Männedorf AG** | | | | | | |
| Primäre Hüfttotalprothesen | 412 | 1.20% | 0.90% | 0.30% | 0.40% | 1.20% |
| Primäre Knieprothesen | 345 | 1.50% | 0.40% | 0.80% | 1.00% | 1.60% |

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

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

| **Angaben zur Messung** | |
|---|---|
| Nationales Auswertungsinstitut | Swiss RDL, ISPM Bern |
| Methode / Instrument | Implantatregister SIRIS Hüft und Knie |

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

# 11 Infektionen

## 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

## Messergebnisse

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

| Operationen | Anzahl beurteilte Operationen (Total) | Anzahl festgestellter Wund-infektionen (N) | Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % | | | adjustierte Infektionsrate % (CI*) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2023/2024 | 2023/2024 | 2020/2021 | 2021/2022 | 2022/2023 | 2023/2024 |
| **Spital Männedorf AG** | | | | | | |
| Blinddarm-Entfernungen | 109 | 1 | 0.00% | 2.40% | 3.00% | 1.90% (1.80% - 2.60%) |
| *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen | 8 | 0 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% (2.00% - 3.50%) |
| *** Dickdarm-operationen (Colon) | 61 | 0 | 8.60% | 3.50% | 7.30% | 0.00% (11.00% - 12.50%) |
| Kaiserschnitt (Sectio) | 150 | 7 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 6.60% (2.30% - 3.10%) |

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

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

| 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. |

# 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 Systematische Sturzerfassung

Im Spital Männedorf ist ein umfassendes Sturzmanagement etabliert. Dabei wird das Sturzrisiko systematisch bei jedem Patienten erfasst. Sofern ein Sturz erfolgt, wird ein Sturzprotokoll erstellt. Alle Stürze werden kontinuierlich umfassend (inklusive der Anpassung von präventiven Massnahmen) monitorisiert und analysiert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Es erfolgt die Erfassung von allen sich im Spital ereignenden Stürzen unabhängig der Abteilung.
Bei der spitalinternen Sturzerfassungen und -analysen werden alle stationären Patienten über das gesamte Jahr berücksichtigt.

Das spitalinterne Sturzmanagement wird kontinuierlich im Rahmen des Qualitätsmanagements genutzt. Mit den definierten Massnahmen zur Risikoeinschätzung und der Prävention werden Stürze verhindert. Mittels definierter Sturzanalyse und Meldung eines Sturzereignisses werden unerkannte Risikofaktoren eingegrenzt und weitere Massnahmen zur Risikominimierung eingeleitet.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | internes Sturzerfassungsformular |

# 13 Dekubitus

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

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

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

## 13.1 Eigene Messungen

### 13.1.1 Erfassung Dekubitus

Das Spital Männedorf nimmt an der nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus vom ANQ teil. Diese ist momentan auf Grund eines Methodenwechsels pausiert.

Zusätzlich ist seit mehreren Jahren ein umfassender Dekubitusmanagementprozess etabliert. Dabei werden Dekubitusrisiko und Dekubiti mit dem Instrument epa systematisch alle 3 Tage oder bei Bedarf früher abgefragt und bei Vorhandensein erfasst (Kategorie 1 bis 4 und Lokalität). Diese Erfassung führt einerseits zu einer Sensibilisierung der Mitarbeitenden für das Thema Dekubitus, andererseits können so frühzeitig weitere Interventionen eingeleitet werden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Es erfolgt die Erfassung von Dekubitusrisiko und Dekubiti bei allen stationären Patienten unabhängig der Abteilung.
Bei der jährlichen nationalen Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wurden an dem Tag der Messung hospitalisierten Patienten eingeschlossen.

Bei der zusätzlichen spitalinternen Erfassung von Dekubitusrisiko und Dekubiti werden alle stationären Patienten berücksichtigt.

Das spitalinterne Dekubitusmanagement wird kontinuierlich im Rahmen des Qualitätsmanagements genutzt. Auswertungen werden auf Patientenebene durchgeführt und analysiert.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Nationales Auswertungsinstitut | - |
| Methode / Instrument | epa (ergebnisorientiertes Patientenassessment) |

# Weitere Qualitätsaktivitäten

# 17 Weitere Qualitätsmessungen

## 17.1 Weitere eigene Messungen

### 17.1.1 CleanHands (Akutsomatik)

Bei dieser fortlaufenden Qualitätsmessung wird die Einhaltung der Händehygiene (5 Indikationen zur Händedesinfektion gemäss WHO) beobachtet und dokumentiert. Schwerpunktmässig werden alle Mitarbeitenden mit direktem Patientenkontakt beobachtet. Die Daten werden von der Fachperson Infektionsprävention und Spitalhygiene sowie punktuell von Pflegefachpersonen mit spezifischer Weiterbildung erhoben.

Mit Hilfe des Messinstrumentes "CleanHands" ist eine einfache elektronische Erfassung der Beobachtungen und eine automatisierte Analyse der Händehygiene-Adhärenz möglich. Adhärenz meint in diesem Zusammenhang den Grad der Einhaltung der Händehygienerichtlinie. Die Ergebnisse können zeitnah und individuell an die betreffenden Mitarbeitenden zurückgemeldet werden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die Qualitätsmessung wird fortlaufend im gesamten Betrieb durchgeführt.
Stichprobenartig werden Mitarbeitende mit direktem Patientenkontakt (Pflegefachpersonen und Ärztinnen/Ärzte) aller Stationen und Kliniken begleitet.

Die Ergebnisse der bisher durchgeführten Beobachtungen zeigen eine kontinuierliche Verbesserung der Händehygiene-Adhärenz. Die schnelle Dokumentation und Auswertung der Datenerhebung durch das Messinstrument CleanHands von swissnoso ermöglicht es der Fachexpertin Infektionsprävention ein direktes Feedback an die betreffenden Mitarbeitenden zu geben, bereits unmittelbar nach der Beobachtungssequenz.

Des Weiteren fördern diese begleiteten Messungen den Austausch zwischen Fachperson Infektionsprävention und Spitalhygiene sowie dem medizinischen Personal. Prozesse werden direkt vor Ort besprochen und wenn möglich optimiert. Durch optimierte Arbeitsprozesse und Sensibilisierung zum eigenen Hygieneverhalten wird eine kontinuierliche und nachhaltige Verbesserung erzielt.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Nationales Auswertungsinstitut | Swissnoso |
| Methode / Instrument | Cleanhands |

### 17.1.2 Messung von PROMS bei Hüft- und Knietotalprothesen (Akutsomatik)

Seit dem Juli 2019 sind PROMS (Patient Reported Outcome Measures) bei Patienten mit Hüft- und Knietotalprothesen im Einsatz. Dabei wird die Lebensqualität der Patienten vor und ein Jahr nach der Operation mittels einem etablierten und wissenschaftlich validierten Fragebogen erfasst. Zusammen mit weiteren klinischen Daten werden die PROM-Daten in das Schweizer Register für Hüft und Knieimplantate (SIRIS) eingegeben.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die PROMS werden in der Orthopädie bei Patienten mit Hüft- und Knietotalprothesen erhoben.

Ergebnisse liegen derzeit noch nicht vor, das Spital Männedorf hat bisher jedoch eine überdurchschnittlich hohe Rücklaufquote erreicht.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Nationales Auswertungsinstitut | SIRIS |
| Methode / Instrument | - |

### 17.1.3 Messung von PROMS bei Prostatektomien (Akutsomatik)

Im Rahmen der Qualitätssicherung in der Behandlung von Prostatakrebs werden seit Januar 2020 Patient Reported Outcome Measures (PROMs) bei allen Patienten mit Prostatektomien erhoben. Dabei ist ein Fragebogen präoperativ (ca. 2 Wochen vor der Operation) sowie postoperativ 3, 12 und 24 Monate nach der Operation von dem Patienten auszufüllen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Dieser PROM wird bei Patienten der Urologie erhoben, welche sich einer Prostatektomie unterzogen haben.

Es liegen derzeit noch keine Ergebnisse vor.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Nationales Auswertungsinstitut | adjumed |
| Methode / Instrument | - |

# 18 Projekte im Detail

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

## 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

### 18.1.1 Führen eines Überwachungsprogramm (Surveillance) von Antibiotikaverbrauch

Das Spital Männedorf nimmt jährlich an dem nationalen Programm ANRESIS teil. Dabei wird der spitalinterne Antibiotikaverbrauch monitorisiert. Mit der Auswertung ist ein Vergleich des Verbrauchs mit anderen Schweizer Spitälern möglich sowie eine Einschätzung über den bewussten Antibiotikaeinsatz zu erhalten. Weiter stellt ANRESIS Daten zur Resistenzentwicklung zur Verfügung. Dies dient der Orientierung im spitalinternen Umgang mit Antibiotika und mit Resistenzen entgegenzuwirken.

### 18.1.2 Physician Associates: Ein Gewinn für die Versorgungsqualität im Spital Männedorf

**Physician Associates: Ein Gewinn für die Versorgungsqualität im Spital Männedorf**
Die Implementierung von Physician Associates (PAs) im Spital Männedorf hat sich als bedeutender Beitrag zur Qualitätsverbesserung in der Patientenversorgung erwiesen. Durch ihre gezielte Einbindung in den klinischen Alltag tragen sie zur Optimierung der Behandlungsabläufe, zur besseren interdisziplinären Zusammenarbeit und zur erhöhten Patientensicherheit bei.

**Entwicklung der PA-Rolle im Spital Männedorf:**
Seit der ersten Integration einer PA in der Viszeralchirurgie im ambulanten Bereich im Jahr 2021 wurde die Rolle sukzessive ausgebaut. Die positiven Erfahrungen aus den ersten Jahren zeigten schnell, dass PAs einen erheblichen Mehrwert für das chirurgische Team darstellen.

- **2021:** Erste PA in der Viszeralchirurgie, primär für die ambulante Betreuung und Nachsorge von Patient:innen.
- **2023:** Erweiterung des Teams durch eine **APN (Advanced Practice Nurse)**, die in der Rolle einer PA die stationäre Betreuung viszeralchirurgischer und urologischer Patient:innen übernahm.
- Eine PA in der Orthopädie
- Eine PA in der Viszeralchirurgie

**PA als zentrale Schnittstelle zwischen Pflege und Ärzteschaft**
Ein besonders herausragendes Merkmal des PA-Teams in Männedorf ist die enge Verzahnung von Pflege- und ärztlicher Betreuung. Alle drei PAs haben einen Pflege-Hintergrund im Spital Männedorf, was ihnen eine einzigartige Perspektive ermöglicht:Qualitätssteigerung durch PAs im Spital MännedorfDie Erweiterung des PA-Teams zeigt bereits deutliche positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität:

- **Effizientere Patientenbetreuung:** Durch die strukturierte Arbeitsteilung konnten Wartezeiten verkürzt und die Patientenkommunikation verbessert werden.
- **Reduktion der Wiedereinweisungen:** Die kontinuierliche Nachbetreuung durch das PA-Team hilft, postoperative Komplikationen frühzeitig zu erkennen und gezielt zu handeln.
- **Entlastung der Ärzt:innen:** PAs übernehmen delegierbare Aufgaben, sodass Fachärzt:innen sich stärker auf diagnostische und operative Tätigkeiten konzentrieren können.
- **Verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Die enge Schnittstellenfunktion der PAs zwischen Pflege und Ärzteschaft trägt massgeblich zu einem reibungsloseren Klinikalltag

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

### 18.2.1 Zertifizierung Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie

Unser Spital wurde von der **Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)** als **Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie** zertifiziert. Diese Auszeichnung bestätigt die hohe Behandlungsqualität und das spezialisierte Fachwissen unseres interdisziplinären Teams. Die Zertifizierung basiert auf strengen Qualitätskriterien, darunter strukturierte Behandlungsabläufe, hohe Fallzahlen, wissenschaftlich fundierte Therapieansätze und eine kontinuierliche Ergebnisüberprüfung. Sie unterstreicht unser Engagement für exzellente Patientenversorgung und die kontinuierliche Weiterentwicklung moderner chirurgischer Techniken. Das Zertifikat ist gültig vom 01.01.2025 bis zum 31.12.2027.

### 18.2.2 Organisation Internationaler Tag der Händehygiene

Die Händehygiene ist nachweislich eine der wichtigsten Massnahmen zur Prävention von nosokomialen Infektionen. Mit dem jährlichen Aktionstag am 05. Mai wird das Thema bei allen Mitarbeitenden mit verschiedenen Atraktionen und Übungen sensibilisiert.

### 18.2.3 Überarbeitung Pflegedokumentation

Im Jahr 2024 wurde im Bereich der Pflegeentwicklung im Spital Männedorf intensiv daran gearbeitet, den Dokumentationsaufwand zu reduzieren und Doppelspurigkeiten zu vermeiden. Die Pflegeentwicklung hat die Fachverantwortung über die Optimierung der Dokumentation instruiert. Diese haben dann das Personal auf der Station geschult und die Dokumentation regelmässig überprüft. Bei auffälligem Dokumentationsaufwand haben sie das Team sensibilisiert, sich nur auf das Wesentliche zu fokussieren, ohne die Qualität oder Nachvollziehbarkeit zu beeinträchtigen. Zudem wurden Dokumentationsprozesse kontinuierlich standardisiert, sodass diese mit wenig Aufwand individuell angepasst werden konnten. Die Fachverantwortlichen überprüfen und evaluieren die Dokumentation weiterhin monatlich auf der Station, um eine nachhaltige Optimierung sicherzustellen.

### 18.2.4 Implementierung Monatsthemen und Neuorganisation Einführung neuer Mitarbeiter in der Pflege

Im Berichtsjahr wurde sich jeden Monat auf ein spezifisches Thema konzentriert, um unser Wissen aufrechtzuerhalten und dadurch mehr Sicherheit zu erlangen. Die Pflegeentwicklung erarbeitet gemeinsam mit den Fachverantwortlichen das Thema und stellt diese den Stationen in Form eines Plakates dar. Das jeweilige Thema wird im Team besprochen, die relevanten SOPs werden gemeinsam durchgegangen und bei Bedarf Fallbeispiele dazu bearbeitet, um das Wissen ganzheitlich zu vertiefen. Am Ende vom jeweiligen Monat wird im Fachforum die Wahrnehmung und Umsetzung des Themas evaluiert.

Für neu eintretende Mitarbeitende in der Pflege findet am zweiten Einführungstag der neuen Mitarbeitenden am Nachmittag die Schulung zum Pflegeprozess statt, welche durch die Pflegeentwicklung durchgeführt wird. Hier liegt der Schwerpunkt auf die Pflegequalität, Beratungen und sowie wichtige Richtlinien für den Berufsalltag. Danach folgt die Vertiefung der Einführung auf der Abteilung durch die Fachverantwortlichen und diplomierten Pflegefachpersonen gemäss der Einführungscheckliste. Nach zwei bis vier Wochen erfolgt ein Treffen, um offene Fragen zu klären. Die Pflegeentwicklung geht auf den neuen Mitarbeitenden zu und bietet zusätzliche Unterstützung bei Unklarheiten an. Im Verlauf der Einführung ist eine Praxisbegleitung durch die Pflegeentwicklung geplant, damit auf individuelle Bedürfnisse eingegangen werden kann.

### 18.2.5 Optimierung Kathetermanagement

Im Berichtsjahr gab es im Bereich i.v. Kathetermanagement eine Erneuerung im Umgang mit dem Abstöpseln der Katheter. Durch die Verwendung der Nadelfreien Konnektoren, können nun alle verwendeten Katheter, inklusiv zentrale Venenkatheter einheitlich abgestöpselt werden. Zudem wird seit Neuem  bei stabilen postoperativen Patienten das Entfernen der peripheren Leitung frühzeitig durchgeführt, um die Mobilität und die Selbständigkeit der Patienten zu fördern. Durch diese Bewegungsfreiheit können sich Patienten schneller in ihre gewohnten Alltagsaktivitäten integrieren.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Zertifizierung zum Kontinenz- und Beckenbodenzentren

Aufgabe des interdisziplinären Beckenbodenzentrums ist die qualitative hochwertige medizinische Betreuung von Beckenbodenstörungen. Dies umfasst die Diagnostik sowie die operative und nicht operative Therapie nach den aktuell international gängigen Standards.
Drei Hauptableitungsabteilungen stellen die Kernmitglieder des Zentrums dar. Dies sind die Gynäkologie, die Urologie und die Proktologie. Darüber hinaus gehören die Beckenboden-Physiotherapie, die Radiologie, und die Neurologie zu den wichtigen Kooperationspartnern in diesem Zentrum. Die Diagnostik umfasst neben den Standarduntersuchungen die Urodynamik, den Beckenboden- Ultraschall sowie weitere spezifische Untersuchungen. Das operative Therapiespektrum umfasst vaginale, laparoskopische und Roboter-gestützte Eingriffe.
Seit 2023 wird die interdisziplinäre Betreuung gemäss den Standards für Kontinenz- und Beckenbodenzentren in der Komplexversorgung gelebt. Die geforderten Fallzahlen sowie alle strukturellen Voraussetzungen werden seit Anfang 2024 vollumfänglich erfüllt. Das Spital Männedorf plant das Einreichen des Zertifizierungsantrags zum Kontinenz- und Beckenbodenzentrum der Komplexversorgung im Q2/2025.

### 18.3.2 Aufrechterhaltung bestehender Zertifizierungen

Zur Verbesserung der Behandlungsqualität bestimmter Patientengruppen sind verschiedene Bereiche des Spitals zertifiziert. Dazu zählen beispielsweise die ISO 9001:2015 Zertifizierungen des Rettungsdienstes und der Onkologie, die Zertifizierung zum Brustzentrum, die Zertifizierung der Palliative Station (Label «Qualität in Palliative Care») sowie die Zertifizierung zum von der SAfW anerkannten Wundbehandlungszentrum. Bei den bestehenden Zertifizierugen erfolgen regelmässig regelmässig Überwachungsaudits und Rezertifizierungen.

# 19 Schlusswort und Ausblick

Die Gesundheitslandschaft befindet sich im Wandel – geprägt von steigenden Patientenerwartungen, digitalen Innovationen und neuen Versorgungsmodellen. Das Spital Männedorf nimmt diese Herausforderungen aktiv an und setzt auf gezielte Kooperationen, Ambulantisierung und nachhaltige Investitionen, um die integrierte Gesundheitsversorgung in der Region langfristig zu stärken.

Ein wichtiger Meilenstein ist die Zusammenlegung der gynäkologischen und geburtshilflichen Abteilungen der Spitäler Uster und Männedorf, die ab April 2025 unter einer gemeinsamen Leitung geführt werden. Diese Kooperation ermöglicht eine effizientere Nutzung von Ressourcen und eine optimierte Betreuung der Patientinnen. Zudem werden bestehende Partnerschaften mit der Klinik Hirslanden Zürich, der Universitätsklinik Balgrist und der Uroviva AG weiter vertieft, um Synergien zu nutzen und die Versorgungsqualität weiter zu steigern.

Parallel dazu investieren wir gezielt in die Modernisierung unserer Infrastruktur. Der geplante Ersatz des Bettenhauses, die Erweiterung der Ambulanten Klinik Meilen und die nachhaltige Umstellung der Wärmeerzeugung auf eine Seewasser-Heizzentrale sind zentrale Projekte, die die Zukunftsfähigkeit des Spitals sichern.

Auch in der digitalen Transformation setzen wir Akzente: Die Weiterentwicklung unseres klinischen Informationssystems sowie neue digitale Lösungen zur Prozessoptimierung und Patienteneinbindung stärken die Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung.

Mit diesen gezielten Massnahmen bleibt das Spital Männedorf ein verlässlicher Gesundheitspartner für die Region – innovativ, nachhaltig und patientenzentriert.

# 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

| Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen |
|---|
| **Basispaket** |
| Basispaket Chirurgie und Innere Medizin |
| **Haut (Dermatologie)** |
| Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten) |
| 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 |
| **Nerven medizinisch (Neurologie)** |
| Neurologie |
| Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems |
| Zerebrovaskuläre Störungen |
| **Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)** |
| Endokrinologie |
| **Magen-Darm (Gastroenterologie)** |
| Gastroenterologie |
| Spezialisierte Gastroenterologie |
| **Bauch (Viszeralchirurgie)** |
| Viszeralchirurgie |
| Bariatrische Chirurgie |
| **Blut (Hämatologie)** |
| Aggressive Lymphome und akute Leukämien |
| Indolente Lymphome und chronische Leukämien |
| Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome |
| **Gefässe** |
| Interventionen periphere Gefässe (arteriell) |
| Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik) |
| **Herz** |
| Kardiologie (inkl. Schrittmacher) |
| **Nieren (Nephrologie)** |
| Nephrologie (Nierenversagen) |
| **Urologie** |
| Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |

| |
|---|
| Radikale Prostatektomie |
| Radikale Zystektomie |
| Komplexe Chirurgie der Niere |
| Isolierte Adrenalektomie |
| Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial |
| **Lunge medizinisch (Pneumologie)** |
| Pneumologie |
| Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie |
| **Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)** |
| Thoraxchirurgie |
| **Bewegungsapparat chirurgisch** |
| Chirurgie Bewegungsapparat |
| Orthopädie |
| Handchirurgie |
| Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens |
| Arthroskopie des Knies |
| Rekonstruktion obere Extremität |
| Rekonstruktion untere Extremität |
| Wirbelsäulenchirurgie |
| Erstprothese Hüfte |
| Erstprothese Knie |
| Wechseloperationen Hüftprothesen |
| Wechseloperationen Knieprothesen |
| **Rheumatologie** |
| Rheumatologie |
| Interdisziplinäre Rheumatologie |
| **Gynäkologie** |
| Gynäkologie |
| Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum |
| **Geburtshilfe** |
| Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und >= 2000g) |
| **Neugeborene** |
| Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und >= 2000g) |
| **Strahlentherapie (Radio-Onkologie)** |
| Onkologie |
| Radio-Onkologie |

# 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.