

# Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

28.05.2024  
Matthias Winistöfer, 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 2023.

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

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

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

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2023

Frau  
Sabine van der Ende  
Leiterin Qualitätsmanagement  
041 399 44 78  
[sabine.vanderende@zgks.ch](mailto:sabine.vanderende@zgks.ch)

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

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. Die H+ Qualitatsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten; die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) dargestellt werden können.

Die Herausforderungen für die Spitäler und Kliniken haben erneut zugenommen: Personalmangel, Teuerung und nicht-kostendeckende Tarife verscharfren die Situation weiter. Viele Spitäler und Kliniken müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

In einigen Spitälern und Kliniken laufen bereits erste, interne Vorbereitungen an, für die Umsetzung des Qualitatsvertrags nach Art. 58a. Dieser wird voraussichtlich 2024 in Kraft treten. Wir freuen uns, dass die Spitäler und Kliniken die ersten Leistungserbringer sind, welche diese gesetzliche Vorgabe erfüllen und einen Qualitatsvertrag ausarbeiten konnten.

Der Qualitätsbericht 2023 ist optimiert aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Zudem werden im aktuellen Qualitätsbericht erstmals die Ergebnisse der Rehospitalisationen mit der neuen Methode ausgewiesen. Diese Ergebnisse wurden basierend auf den BFS-Daten 2021 ausgewertet, mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken weiterhin die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Das Ausfüllen und die Ausgabe wurden zusätzlich optimiert.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	19
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	
4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs) .....	20
4.5 Registerübersicht .....	21
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	23
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>24</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>25</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>25</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	25
5.2 Eigene Befragung .....	26
5.2.1 Befragung stationäre Patientinnen und Patienten .....	26
5.3 Beschwerdemanagement .....	27
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>28</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>28</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>28</b>
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen .....	28
<b>10 Operationen</b> .....	<b>30</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	30
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>31</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	31
<b>12 Stürze</b> .....	<b>34</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	34
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>36</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	36
<b>Messungen in der Psychiatrie</b> .....	<b>0</b>
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>15 Symptombelastung psychischer Störungen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

Messungen in der Rehabilitation .....	0
<b>16</b> <b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b>	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>Weitere Qualitätsaktivitäten .....</b>	<b>38</b>
<b>17</b> <b>Weitere Qualitätsmessung .....</b>	<b>38</b>
17.1      Weitere eigene Messung .....	38
17.1.1    Monitoring Sectiones (Akutsomatik).....	38
<b>18</b> <b>Projekte im Detail .....</b>	<b>39</b>
18.1      Aktuelle Qualitätsprojekte .....	39
18.1.1    s. unter Kapitel 3 und 4 .....	39
18.2      Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023 .....	39
18.2.1    s. unter Kapitel 3 und 4 .....	39
18.3      Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	39
18.3.1    s. unter Kapitel 3 und 4 .....	39
<b>19</b> <b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>40</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>	<b>41</b>
Akutsomatik .....	41
<b>Herausgeber .....</b>	<b>43</b>

## 1 Einleitung

Nah am Menschen – das ist unser Leitgedanke. Wir stehen der Bevölkerung des Kantons Zug und der angrenzenden Regionen der Nachbarkantone nahe. Geografisch und besonders auch emotional. Das Zuger Kantonsspital bietet eine erstklassige medizinische Infrastruktur und umfassende Leistungspalette in einem modernen Gebäude. Wir orientieren uns an einem ganzheitlichen Behandlungskonzept, das auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten zugeschnitten ist. Für die Patientinnen und Patienten stehen im Zuger Kantonsspital mehr als 180 stationäre Betten der Chirurgischen Klinik, der Klinik für Orthopädie und Traumatologie, der Medizinischen Klinik und der Frauenklinik zur Verfügung. Seit Mai 2022 werden polymorbide Patientinnen und Patienten auf der Interdisziplinären Station betreut. Das Institut für Anästhesie und Intensivmedizin sowie das Institut für Radiologie ergänzen das Angebot. Zudem sind ein modern ausgestattetes Notfallzentrum, eine Intensivstation, eine Dialysestation, ein Onkologie-Zentrum, ein Rheumatologie- und Osteoporose-Zentrum, eine Schmerzambulanz, ein Ambulantes Operationszentrum, eine moderne Gebärabteilung sowie neu auch eine Stroke Unit vorhanden.

Die Leistungen werden gemäss kantonalem Leistungsauftrag durch rund 1.200 Mitarbeitende erbracht. Die Dienstleistungsqualität aller Spitalbereiche wird durch Patientinnen und Patienten sowie durch weitere Anspruchsgruppen und Organisationen anerkennend bewertet. Dank eines über Jahre gut verankerten Qualitätsmanagementsystems, fortlaufender Evaluation der Leistungen, einer sehr guten Rekrutierungsbasis für Mitarbeitende in allen Bereichen sowie einem umfassenden internen und externen Aus- und Weiterbildungsangebot kann die vorhandene Dienstleistungsqualität stetig den wechselnden Anforderungen angepasst und weiter entwickelt werden.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **70** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Sabine van der Ende  
Leiterin Qualitätsmanagement  
041 399 4478  
[sabine.vanderende@zgks.ch](mailto:sabine.vanderende@zgks.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Das Zuger Kantonsspital bietet eine erstklassige medizinische Versorgung und eine moderne Infrastruktur. Jährlich behandeln und betreuen wir mehr als 11'500 stationäre und 50'000 ambulante Patientinnen und Patienten in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie/Traumatologie und Frauenheilkunde.

**Kompetent** *Wir streben in unserer Arbeit eine grösstmögliche Qualität an. Unsere Professionalität orientiert sich an den vorhandenen ethischen, medizinischen, ökonomischen und ökologischen Kriterien.* Mit diesem klaren Statement im Leitbild des Zuger Kantonsspitals wird deutlich, dass die Qualität unserer täglichen Arbeit an oberster Stelle steht.

Mit der Aufrechterhaltung einer hohen Qualität und dem Erreichen oder Übertreffen der Anforderungen und Erwartungen unserer vielfältigen Anspruchsgruppen ermöglichen wir eine langfristig erfolgreiche Geschäftstätigkeit.

Wir setzen uns Ziele und verpflichten uns zur kontinuierlichen Verbesserung. Alle Mitarbeitenden sind bestrebt, ihre Ziele zu erreichen und die Qualitätspolitik umzusetzen. Durch Schulungen, Weiter- und Fortbildungen sowie eine offene Kommunikation werden die Mitarbeitenden dazu befähigt. Die Qualifikation, Information und Motivation aller Mitarbeitenden ist eine grundlegende Voraussetzung für den Unternehmenserfolg. Von ihnen werden ein hohes Qualitätsbewusstsein und ein Streben nach Verbesserungen erwartet.

Die Prozessabläufe sind transparent und klar definiert. Dazugehörige Dokumente sind dem Prozess zugeordnet. Die Prozesse werden regelmässig bewertet, Ziele zur Entwicklung gesetzt und Risiken überprüft. Die dazugehörigen Dokumente sind gelenkt und werden regelmässig überprüft und aktualisiert. Gesetzliche und behördliche Forderungen werden berücksichtigt. So erreichen wir dauerhaft eine hohe Qualität.

Wir leben eine offene Fehlerkultur, binden die Patienten und Patientinnen unter Beachtung ihrer Selbstbestimmungsrechte in den Behandlungsprozess mit ein und lernen aus gemachten Fehlern. Wir sehen es als unsere Aufgabe und Herausforderung, Bestehendes zu hinterfragen und durch kontinuierliche Verbesserungen zukunftsweisende Lösungen zu erarbeiten. Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten messen wir mit dafür geeigneten Befragungen. Auch bieten wir Patientinnen und Patienten stets die Möglichkeit, positives und negatives Feedback direkt mitzuteilen. Unser Ziel ist es, auf Unzufriedenheit bereits während der laufenden Behandlung reagieren zu können.

Die Patientensicherheit steht an oberster Stelle. Ereignisse, die eine mögliche Gefährdung von Patienten mit sich bringen, werden im Critical Incident Reporting System (CIRS) erfasst und interprofessionell aufgearbeitet. Wir lernen aus (Beinahe-) Fehlern, um diese zukünftig vermeiden zu können.

In externen Benchmarks streben wir Ergebnisse über dem Durchschnitt bzw. Median an.

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

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

- Kontinuierliche Weiterentwicklung und Ausweitung des Klinik-Informationssystems (KIS) im Sinne der kontinuierlichen Prozessoptimierung und Vereinheitlichung von Patientendokumentationen
- Diverse Massnahmen zur Erreichung einer grösstmöglichen Patientensicherheit (z.B. Anpassungen KIS, Schulungen Medikationssicherheit, MoMo-Konferenzen, CIRS-Meetings)

etc.)

- Kommunikationsschulungen für Ärztinnen und Ärzte zur Optimierung der Patienten- und Angehörigenkommunikation
- Kontinuierliche Patientenbefragung mit Ergebnisanzeige in Echtzeit
- Laufende Anpassung und Optimierung der Infrastruktur im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung

### **3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023**

- Einführung/Digitalisierung von PROMS (Patient Reported Outcome Measures) im Bereich Orthopädie
- Erfolgreiches Aufrechterhaltungs-Audit ISO-Norm 9001:2015
- Durchführen von Kommunikationsschulungen für Ärztinnen und Ärzte
- Einführung Patientenarmband zur Erhöhung der Patientensicherheit
- Vorbereitung der Eröffnung einer Stroke Unit im Februar 2024
- Optimierung der Patientenbefragung (digital mit QR-Code und Ergebnisanzeige in Echtzeit)

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

- Weiterhin gute Ergebnisse in sämtlichen ANQ-Messungen
- Weiterhin gute Ergebnisse bei Patientenzufriedenheitsmessungen
- Laufende Prozessoptimierungen im Sinne einer hohen Patientensicherheit
- Nutzen der zunehmenden Digitalisierung als Chance im Spitalalltag
- Fördern der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit
- Ausbau Patient Reported Outcome Measures (PROMS)
- Etablierung der Stroke Unit
- Erreichung Q-Label Zertifizierung für das Brustzentrum
- Weitere Optimierungen im Bereich Medikationssicherheit

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

#### Bemerkungen

Die nationalen Qualitätsmessungen helfen uns, die Qualität kontinuierlich zu überwachen und Kennzahlen im nationalen Vergleich zu sehen. Optimierte Messvorgehen und digitale Auswertungen bieten neue und detailliertere Möglichkeiten zur Auswertung. Die Erfassung und Auswertung der vorgegebenen Messungen erfordert kontinuierlich steigende Ressourcen.

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

<b>Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:</b>
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Befragung stationäre Patientinnen und Patienten</li></ul>

  

<b>Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:</b>
<i>Weitere Qualitätsmessung: Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Monitoring Sectiones</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Einführung Friendly Workspace (Betriebliches Gesundheitsmanagement)

<b>Ziel</b>	Zertifizierung in 2025
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	gesamtes Spital
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Schaffung vorbildlicher Arbeitsbedingungen
<b>Methodik</b>	Gemäss Konzept "Friendly Workspace"
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	gemäss geplantem Vorgehen
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="http://www.friendlyworkspace.ch">www.friendlyworkspace.ch</a>

Ausweitung PROMS

<b>Ziel</b>	Fördern einer patientenorientierten Behandlung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Orthopädie und Traumatologie, Kardiologie, Frauenklinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	Ende 2022 bis Ende 2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Fördern und Ausweiten eine patientenorientierten Behandlung
<b>Methodik</b>	Patient Reported Outcome Measures
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Teams
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Im Bereich Orthopädie/Traumatologie wurde die Einführung bereits umgesetzt. In den anderen Bereichen ist die Implementierung noch weniger klar. Es wird auf nationaler Ebene ein effizientes Vorgehen erarbeitet.

### Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

#### Schulungen KISIM Anwendungen

<b>Ziel</b>	Mehr Sicherheit bei Medikationsverordnungen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	alle Kliniken
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	vermeidbare Fehler im Bereich Verordnungen
<b>Methodik</b>	Schulung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	(Assistenz)ärztinnen und -ärzte
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Umsetzung von Schulungen, Teilnahme an Schulungen

#### Ausweitung Einsatz Patientenarmband

<b>Ziel</b>	Risikominimierung von Verwechslungen, Einsatzmöglichkeiten erweitern
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle stationären Patientinnen und Patienten sowie ambulante Patientinnen und Patienten mit Intervention/ Eingriff
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Start März 2023
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Ausschöpfen von Massnahmen im Bereich Patientensicherheit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle in den Behandlungsprozess Involvierten
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreiche Einführung
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="https://www.zgks.ch/patienten-besucher/spitalaufenthalt/stationaerer-aufenthalt">https://www.zgks.ch/patienten-besucher/spitalaufenthalt/stationaerer-aufenthalt</a>

## Einführung Mobilitäts-Monitoring System Qumea

<b>Ziel</b>	Verhinderung von Stürzen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Bettenstationen
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Ende 2023
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Verbesserung Sturzmanagement
<b>Methodik</b>	Qumea Mobilitäts-Monitoring System
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflegeschwestern
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	erfolgreiche Einführung und Anwendung

## Führen eines Dokumenten-Management-Systems

<b>Ziel</b>	Übersichtlichkeit und Aktualität von geltenden Dokumenten
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Seit 2017
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Für alle zugängliche Standards und Leitlinien
<b>Methodik</b>	Führen eines Dokumenten-Management-Systems
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Laufende Aktualisierung und Optimierung

## Sichere Operation - Team Time out

<b>Ziel</b>	Risikominimierung bei Operationen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Chirurgie, Orthopädie/Traumatologie, Frauenklinik
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Seit 2013
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Erhöhung der Patientensicherheit
<b>Methodik</b>	Stichprobenartige Messung ob Vorgaben eingehalten werden
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Am OP-Prozess beteiligtes Personal
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Stichproben zeigen erneut eine gute Wirksamkeit der Checkliste

## Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

<b>Ziel</b>	Interdisziplinären Fallbesprechungen als Lerngefäss
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Kliniken und Institute
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	ab 2020
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Fallbesprechungen sollen optimal genutzt werden und nachhaltige Veränderungen mit sich bringen
<b>Methodik</b>	Konzept in Anlehnung an Stiftung Patientensicherheit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreiche Anpassung
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="https://patientensicherheit.ch/forschung-entwicklung/mm-konferenzen/">https://patientensicherheit.ch/forschung-entwicklung/mm-konferenzen/</a>

## Critical Incident Reporting System

<b>Ziel</b>	Erhaltung und Optimierung der Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit Februar 2007
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Führen einer guten Fehlerkultur - Kontinuierliches Lernen
<b>Methodik</b>	Strukturierte Bewirtschaftung eines Meldeportals
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Laufende Optimierung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Steigerung der Patientensicherheit. Weiterentwicklung des Meldeportals. Optimierung der interdisziplinären CIRS-Meeting
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="https://www.patientensicherheit.ch/cirnet/cirs-management/">https://www.patientensicherheit.ch/cirnet/cirs-management/</a>

## Anamnese-Tool im Notfallzentrum mit KIS Anbindung

<b>Ziel</b>	Schnell und effizient Patientendaten erheben
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Notfallzentrum
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	April 2022
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Patientinnen und Patienten während der Wartezeit optimal einbinden
<b>Methodik</b>	online-angebundenes Anamnese-Tool per Ipad
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflegfachpersonen und Ärztinnen/Ärzte Notfallzentrum
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreiche Testphase und Einführung

## Patient Blood Management

<b>Ziel</b>	Reduktion Bluttransfusionen und Vermeidung von Anämien und Blutverlust
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Kliniken und Institute
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Ab Oktober 2020
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
<b>Begründung</b>	Erhöhung der Patientensicherheit, Kostensenkung
<b>Methodik</b>	Integration in die präoperative Sprechstunde
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Anästhesie, Pflege, Operateure
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreiche Weiterentwicklung und Ausbau
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="https://www.zgks.ch/nc/zuweiser/patient-blood-management.html">https://www.zgks.ch/nc/zuweiser/patient-blood-management.html</a>

## Meldeportal Hämo-, Materio-, Pharmakovigilanz

<b>Ziel</b>	Erhaltung und Optimierung der Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit Januar 2008
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
<b>Begründung</b>	Zentrale und einheitliche Meldemöglichkeit
<b>Methodik</b>	Strukturierte Bewirtschaftung eines Meldeportals
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Etabliertes Vorgehen, welches beibehalten wird. Weiterentwicklung des Meldeportals.

## Teilnahme am Modul CAUTI-Surveillance von Swissnoso 2022

<b>Ziel</b>	Überwachung von Blasenkatheter-assoziierten Harnwegsinfektionen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle stationären Patienten
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	ab 1.1.2022
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
<b>Begründung</b>	Ermöglichung einer besseren Überwachung
<b>Methodik</b>	CAUTI-Surveillance von Swissnoso
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Infektionsprävention, Infektiologie, Pflegefachpersonen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreiche Durchführung und daher Beibehaltung der Überwachung
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="https://www.swissnoso.ch/module/cauti-surveillance/ueber-cauti-surveillance/das-modul">https://www.swissnoso.ch/module/cauti-surveillance/ueber-cauti-surveillance/das-modul</a>

## Beitritt als Partnerorganisation zum Verein "smarter medicine - Choosing Wisely Switzerland"

<b>Ziel</b>	Über- und Fehlversorgung in der Medizin vermeiden
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit September 2021
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
<b>Begründung</b>	Abklärungen und Behandlungen gemäss aktueller Empfehlungen (WZW und EBM)
<b>Methodik</b>	Umsetzen der Top5 Listen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärztinnen und Ärzte
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreicher Beitritt; Weitere Etablierung am Laufen
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="http://www.smartermedicine.ch">www.smartermedicine.ch</a>

## Beteiligung von Patienten an der Patientensicherheit

<b>Ziel</b>	Patientensicherheit erhöhen durch Mitwirkung der Patientinnen und Patienten
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit Dezember 2012
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
<b>Begründung</b>	Erhöhung der Patientensicherheit
<b>Methodik</b>	Aktive Abgabe von Informationsmaterial der Stiftung für Patientensicherheit (Flyer Fehler vermeiden - Helfen Sie mit!)
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Etabliertes Vorgehen, welches beibehalten wird.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="https://www.zgks.ch/ueber-uns/qualitaet-patientenzufriedenheit">https://www.zgks.ch/ueber-uns/qualitaet-patientenzufriedenheit</a>

## Awareness-Kampagnen zu Cyber Risiken

<b>Ziel</b>	Sensibilisierung der Mitarbeitenden zu Cyber Risiken
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2020
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Erhöhung Datensicherheit sowie Schutz vor Patientendaten im Alltag
<b>Methodik</b>	Awareness-Kampagne, Online-Schulung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Gesamtes Spital
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreiche Umsetzung und fortlaufende Sensibilisierung

## Externes Patientensicherheits-Audit

<b>Ziel</b>	Externe Sicht zum Aufdecken von Optimierungsmöglichkeiten im Bereich Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	4-tägiges Audit im Herbst 2022
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Ausschöpfung von Massnahmen im Bereich Patientensicherheit
<b>Methodik</b>	Externe, neutrale Beobachtung und Bewertung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Gesamtes Spital
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Optimierungsmassnahmen sind etabliert.

### Bemerkungen

Die Auflistung der Qualitätsaktivitäten ist nicht abschliessend.

#### 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.

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

### Bemerkungen

Es finden mehrmals jährlich CIRS-Meetings zur Diskussion und Bearbeitung relevanter Fälle statt. Dies auf der Ebene Gesamtspital sowie Meldekreis-spezifisch. Ziel ist es, sinnvolle Massnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit umzusetzen. Es besteht eine Fachgruppe, die sich nur auf CIRS-Meldungen im Bereich "Medikationsprozess" fokussiert. CIRS-Schulungen finden für alle neu eintretenden Mitarbeitenden statt. CIRS-Fälle werden intern publiziert. Als Teil des Risikomanagements wird somit das Lernen aus "Beinahe-Schäden" gefördert.

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

Patient-reported Outcome Measures (PROMs) messen die von Patientinnen und Patienten individuelle, subjektive Wahrnehmung einer Behandlung auf die Lebensqualität. Neben anderen Indikatoren messen sie die Behandlungsqualität und geben ein Abbild der Lebensqualität der Patienten 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 Patienten zu verbessern. Zudem erhält das medizinische Fachpersonal eine zeitnahe Rückmeldung über den Behandlungserfolg aus Sicht des Patienten 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
Hüft- und Knie TP	Bewegungsapparat chirurgisch	Orthopädie / Traumatologie	EQ-5D-5L	seit September 2023 in digitaler Form	Der o.g. Fragebogen wurde mit Fragen aus dem HOOS-12 und KOOS-12 ergänzt

## 4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>A-QUA CH</b> Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine <a href="http://www.ssapm.ch/">www.ssapm.ch/</a>	2020
<b>anresis.ch</b> ANRESIS: Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen	Alle Fachbereiche	Institut für Infektionskrankheiten, Bern <a href="http://www.anresis.ch">www.anresis.ch</a> <a href="http://www.infect.info">www.infect.info</a>	2012
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2009
<b>ASF</b> Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	2000
<b>CHPACE WEB</b> Datenbank der implantierten Schrittmacher und Defibrillatoren sowie der Ablationen	Kardiologie	Schweizerische Stiftung für Rhythmologie <a href="http://www.pacemaker-stiftung.ch">www.pacemaker-stiftung.ch</a> <a href="http://www.rhythmologie-stiftung.ch">www.rhythmologie-stiftung.ch</a>	vor 2015
<b>Infreporting</b> Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	k. A.
<b>SCQM</b> SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation <a href="http://www.scqm.ch">www.scqm.ch</a>	k. A.

<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a>  <a href="http://siris-spine.com/">siris-spine.com/</a>	2014
<b>Swissnoso SSI</b> Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso <a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>	k.A.
<b>TR-DGU</b> TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin <a href="http://www.traumanetzwerk-dgu.de">www.traumanetzwerk-dgu.de</a>	2015

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
<b>KR Zürich/Zug/Schaffhausen/Schwyz</b> Krebsregister der Kantone Zürich, Zug, Schaffhausen und Schwyz	Alle	<a href="http://www.krebsregister.usz.ch">www.krebsregister.usz.ch</a>  <a href="http://www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/">www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/</a>

### Bemerkungen

Zusätzlich für Frauenklinik seit 2014:

ODSEasy - Dokumentationssystem für gynäkologische Karzinome für die Zertifizierung von Organzentren

## 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
ISO 9001:2015	Gesamtes Spital	2016	2023	Es finden jährliche Aufrechterhaltungsaudits statt
Sport Medical Base approved by Swiss Olympic	Medizinische Klinik; Klinik für Orthopädie und Traumatologie, Chirurgische Klinik	2008	2023	Ab 1.1.2023 für vier weitere Jahre zertifiziert
Apligraf Anwender	Chirurgische Klinik	2010	einmalig nötig	Anerkennung von Ärzten, die zur Anwendung von Hautäquivalenten berechtigt sind
HACCP	Küche	k. A.	regelmässig	unangemeldet
QualiCert	Benefit Trainingscenter	2009	2019	Es finden jährlich Überwachungsevaluationen statt
REKOLE	Finanzen	2014	2022	Rezertifizierung alle vier Jahre; jährliche interne Kontrollen
Partner Traumanetzwerk Zentralschweiz	Klinik für Orthopädie/Traumatologie	2016	2022	Es finden alle drei Jahre Rezertifizierungs-Audits statt
NuShield	Chirurgische Klinik	k. A.	einmalig nötig	Verfahren zur Wundbehandlung
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz Branchenlösung H+	Gesamtes Spital	k.A.	2019	Es finden alle fünf Jahre Audits statt
SIWF FMH ISFM zertifizierte Weiterbildungsstätte	Alle Kliniken bzw. Fachbereiche	k.A.	2022	Jährliches Zertifikat
ISO 27002	Security Audit Informatik	k.A.	k.A.	Testaudit ohne Zertifizierung 2019

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2023 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
<b>Zuger Kantonsspital AG</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.24	4.08	4.24	4.25 (4.17 - 4.33)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.58	4.45	4.60	4.63 (4.55 - 4.71)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.55	4.48	4.58	4.59 (4.51 - 4.66)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.58	4.41	4.55	4.55 (4.45 - 4.65)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.06	3.94	4.09	4.03 (3.93 - 4.13)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	86.30 %	90.70 %	87.00 %	91.79 %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				775
Anzahl eingetreffener Fragebogen	345	Rücklauf in Prozent		45 %

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

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

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ

publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

Die Befragungsergebnisse sind weiterhin auf gutem Niveau und liegen ähnlich wie in der Messung von 2021. Zu berücksichtigen ist, dass die Befragung nur über einen Monat stattfindet und somit nur einen Auszug widerspiegelt.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten ( $\geq 16$ Jahre) versendet, die im April 2023 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Befragung stationäre Patientinnen und Patienten

Bis anhin wurde alle zwei Jahre die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten nach einem stationären Aufenthalt mittels eines ausführlichen Fragebogens in einem bestimmten Zeitraum von ca. 2-3 Monaten erhoben. Diese Befragung lieferte wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten das Spital, die Betreuung und Behandlung empfunden haben und es konnten gezielt Verbesserungsmassnahmen abgeleitet werden. Die Ergebnisse lagen uns allerdings erst mit grosser Zeitverzögerung vor und die Patientinnen und Patienten wurden nur während einer kurzen Periode des Jahres befragt.

Neu erheben wir seit Mitte 2023 die Patientenzufriedenheit kontinuierlich mittels eines elektronischen Fragebogens, der über einen QR-Code für die stationären Patientinnen und Patienten zugänglich ist. Die Ergebnisse stehen sofort nach Beendigen der Eingabe zur Verfügung. Somit können wir zeitnah auf die genannten Feedbacks eingehen. Zudem erhalten wir so kontinuierlich über das gesamte Jahr Rückmeldungen und können bei Bedarf Verbesserungsmassnahmen ableiten.

Die Befragung bezieht sich auf die Bereiche "Eintritt", "Stationärer Aufenthalt", "Service" und "Austritt". Zudem wird je nach Behandlungspfad der Bereich "Notfallbehandlung" und "Anästhesie" ergänzt.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Mai 2023 an bis unbefristet durchgeführt. Die Befragung findet in allen stationären Kliniken statt. In der Frauenklinik wird unterteilt in gynäkologische Patientinnen und Wöchnerinnen.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Eine Zwischenauswertung zeigt Ergebnisse auf einem sehr hohen Niveau. Da nach einer Pilotphase ab Mai 2023 weitere Kliniken erst im Oktober 2023 mit der Befragung gestartet haben, liegen noch nicht ausreichend Ergebnisse vor.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Sinn-These
Methode / Instrument	frei

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Zuger Kantonsspital AG**

Qualitätsmanagement

Sabine van der Ende

Leiterin Qualitätsmanagement

041 399 44 78

[sabine.vanderende@zgks.ch](mailto:sabine.vanderende@zgks.ch)

Täglich, ausser mittwochs

Wir sprechen von Feedback-Management,  
nicht mehr von Beschwerdemanagement

## Behandlungsqualität

### Messungen in der Akutsomatik

#### 9 Wiedereintritte

##### 9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

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

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

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

#### Messergebnisse

Qualitätsindikatoren	BFS-Daten 2021
<b>Zuger Kantonsspital AG</b>	<b>Risikoadjustierte Rate</b>
Spitalweite Kohorte	6.85 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	5.08 %
Kardiorespiratorische Kohorte	12.26 %
Kardiovaskuläre Kohorte	10.02 %
Neurologische Kohorte	6.9 %
Sonstige medizinische Kohorte	9.8 %

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

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

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

Die Ergebnisse liegen im nationalen Vergleich im Normbereich.

#### Angaben zur Messung

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

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

## 10 Operationen

### 10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.siris-implant.ch](http://www.siris-implant.ch)

#### Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

#### Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2017 bis 31.12.2020

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2017 - 2020	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2017 - 2020	Adjustierte Revisionsrate % 2017 - 2020
<b>Zuger Kantonsspital AG</b>			
Primäre Hüfttotalprothesen	296	2.40%	2.30%
Primäre Knieprothesen	191	6.40%	6.60%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2023 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2017 bis Dezember 2020. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2022.

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

#### Angaben zur Messung

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

#### Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- \*\*\* Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
- \*\*\* Dickdarmoperationen (Colon)
- Kaiserschnitt (Sectio)
- Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2022/2023	2022/2023	2019/2020	
<b>Zuger Kantonsspital AG</b>						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	25	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	105	3	7.50%	10.30%	2.30%	2.10% (0.00% - 4.90%)
Kaiserschnitt (Sectio)	320	6	0.90%	1.60%	1.80%	1.90% (0.40% - 3.40%)

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

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2022/2023	2022/2023	2019/2020	
<b>Zuger Kantonsspital AG</b>						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	122	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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

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

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

**Zusammenfassung:** Erstmals zeigt sich eine signifikant tiefere Wundinfektionsrate am ZGKS im Bereich der Kolonchirurgie im Vergleich zum Durchschnitt aller anderen Schweizer Spitäler. Dies hatte sich bereits in der letzten Erfassungsperiode mit einem Trend zu einer tieferen Wundinfektionsrate angedeutet. Bei den anderen überwachten Eingriffen zeigt sich keine statistisch signifikante Differenz zu allen anderen Spitälern. Die OP-Dauer sowie das optimale Timing der Antibiotikaprohylaxe gelten als prognostisch günstige Faktoren zur Prävention einer Wundinfektion. Das Timing der perioperativen Prophylaxe liegt am ZGKS mit > 90% oder mehr innerhalb vom optimalen Zeitfenster von 0-60 Minuten und ist in 2 von 4 beobachteten Eingriffsarten signifikant besser im Vergleich zu den anderen teilnehmenden Spitälern. Aufgrund der bereits sehr guten Vorjahreswerte ist hier eine signifikante Verbesserung schwer zu erreichen, Ziel bleibt diese Compliance beizubehalten.

**Optimierungspotential:** Aufgrund der hohen Compliance mit den beeinflussbaren Präventionsprozessen zur Reduktion von Wundinfektionen (Antibiotikaprohylaxe, Operationsdauer) und einer signifikant tieferen (Kolonchirurgie) respektive tief-normalen Wundinfektionsrate ist zum aktuellen Zeitpunkt kein relevanter Verbesserungsbedarf unter einer sinnvollen Mittelverwendung zu sehen. Primäres Augenmerk in der Zukunft wird die Aufrechterhaltung dieser Compliance sein. Bei Auftreten hoher Wundinfektionsraten trotz adäquater Durchführung dieser Prozesse müssten dann weitere Präventionsmassnahmen in Betracht gezogen werden.

Trotz bereits sehr guter, respektive exzellenter Resultate der Wundinfektionsraten am ZGKS erarbeitet die Infektionsprävention zusammen mit der Anästhesie und dem Team des Operationssaals ein Konzept zur Verhinderung der Hypothermie bei Patient:innen am ZGKS.

### Angaben zur Messung

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

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

#### Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023

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

#### Messergebnisse

	2018	2019	2022	2023
<b>Zuger Kantonsspital AG</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	3	6	7	–
In Prozent	2.50%	5.08%	5.60%	–
Residuum* (CI** = 95%)	0 (-0.41 - 0.42)	0.15 (-0.33 - 0.63)	0.08 (-0.46 - 0.62)	– (–)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

\* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

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

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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

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

Unabhängig von der nationalen Prävalenzmessung betreiben wir ein ständiges Sturzmonitoring. Das Sturzmanagement ist für uns ein wichtiges Thema, darum investieren wir weiter in die bisherigen Massnahmen zur Sturzprävention. Jedes Ereignis wird umfassend analysiert. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden in patientenindividuelle und generelle Optimierungsmassnahmen integriert.

Die Sturzrate, berechnet durch Patient:innentage und Anzahl der Stürze, war im Jahr 2023 im Vergleich zu den letzten Jahren leicht rückläufig ist. Die Zielprävalenz von 3% wurde auch dieses Jahr erreicht. Weiterhin wird angestrebt, die Anzahl der Stürze durch gezielte Massnahmen und Entwicklungen zu reduzieren. Dazu gehören die Überarbeitung des Sturzprotokolls und dessen Implementierung in die Praxis Mitte 2024. Ausserdem wurde 2024 eine Fortbildung zum Thema Sturz und Sturzprophylaxe für Pflegepersonen aufgebaut, die zweimal jährlich durchgeführt wird. Im Verlauf des Jahres 2024 wird die Leitlinie zur Sturzprävention des ZGKS überprüft und anhand der neuesten Evidenz angepasst. Ein weiteres im Jahr 2023 gestartetes Projekt zur Verhinderung von Stürzen ist der Einsatz des Mobilitäts-Monitoring-Systems Qumea.

### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 13 Dekubitus

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

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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

Weitere Informationen:

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

#### Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023

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

#### Messergebnisse

		Vorjahreswerte			2023	In Prozent
		2018	2019	2022		
<b>Zuger Kantonsspital AG</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	3	2	0	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0.01 (-0.29 - 0.31)	0.05 (-0.66 - 0.76)	-0.27 (-1.04 - 0.51)	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023		–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		–	

\* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

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

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

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

Unabhängig von der nationalen Prävalenzmessung betreiben wir ein ständiges Dekubitusmonitoring. Das Dekubitusmanagement ist für uns ein wichtiges Thema, darum investieren wir weiter in die bisherigen Massnahmen zur Dekubitusprävention. Jedes Ereignis wird umfassend analysiert. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden in patientenindividuelle und generelle Optimierungsmassnahmen integriert.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Dekubitusprävalenz im Jahr 2023 im Vergleich zu den letzten Jahren gleichbleibend ist. Die Zielprävalenz von 3%, die vom ZGKS definiert wurde, wurde auch dieses Jahr klar erreicht. Es werden gezielte Massnahmen zum Erhalt und zur Weiterentwicklung einer evidenzbasierten Dekubitusprophylaxe durchgeführt. Dazu gehören die Überarbeitung des Dekubitusprotokolls und dessen Implementierung in die Praxis Mitte 2024. Ausserdem ist eine Fortbildung für das Pflegepersonal zum Thema Dekubitus und Dekubitusprophylaxe im Aufbau. Im Verlauf des Jahres 2024 wird die Leitlinie Dekubitus und Dekubitusprävention des ZGKS überprüft und anhand der neuesten Evidenz angepasst.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patientinnen und Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patientinnen und Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## Weitere Qualitätsaktivitäten

### 17 Weitere Qualitätsmessung

#### 17.1 Weitere eigene Messung

##### 17.1.1 Monitoring Sectiones (Akutsomatik)

Schaffen einer detaillierten Übersicht über Sectio-Indikationen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.  
Die Datenerhebung findet in der Frauenklinik statt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Wir verwenden die Daten für interne Zwecke.

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 s. unter Kapitel 3 und 4

s. Details unter Kapitel 3 und 4

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

18.2.1 s. unter Kapitel 3 und 4

s. Details unter Kapitel 3 und 4

### 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 s. unter Kapitel 3 und 4

s. Details unter Kapitel 3 und 4

## **19 Schlusswort und Ausblick**

Unser aller Handeln wird davon geleitet, in den Bereichen Patientensicherheit, Behandlungs- und Pflegequalität sowie der Patientenzufriedenheit die Erwartungen zu erfüllen und bestmögliche Ergebnisse zu erzielen.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
<b>Gefässe</b>
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>

Nephrologie (Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>
Thoraxchirurgie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
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
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität
Gynäkologische Tumore
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und >= 2000g)
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und >= 2000g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie
Radio-Onkologie
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)

**Bemerkungen**

Die Auflistung entspricht nicht exakt dem Leistungsauftrag des Kantons Zug. Das stationäre Leistungsangebot entspricht der aktuellen Spitalliste des Kantons Zug.

Link: <https://zg.ch/en/gesundheit/spitaeler-und-kliniken/spitalplanung-und-spitalliste>

## Herausgeber



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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/)



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/](http://www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/)



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

## Weitere Gremien



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

Siehe auch: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)



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

Siehe auch: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW): [www.samw.ch](http://www.samw.ch).