

Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

30.05.2025
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 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
Sabine van der Ende
Leiterin Qualitätsmanagement
041 399 44 78
sabine.vanderende@zgks.ch

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	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 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	20
4.5 Registerübersicht	21
4.6 Zertifizierungsübersicht	23
QUALITÄTSMESSUNGEN	24
Zufriedenheitsbefragungen	25
5 Patientenzufriedenheit	25
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene	25
5.2 Eigene Befragung	27
5.2.1 Befragung stationäre Patientinnen und Patienten	27
5.3 Beschwerdemanagement	27
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
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	32
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	32
12 Stürze	35
12.1 Eigene Messung	35
12.1.1 Sturzerhebung	35
13 Dekubitus	36
13.1 Eigene Messungen	36
13.1.1 Dekubitus Erhebung	36
Messungen in der Psychiatrie	0
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
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	37
17 Weitere Qualitätsmessung	37
17.1 Weitere eigene Messung	37
17.1.1 Monitoring Sectiones (Akutsomatik).....	37
18 Projekte im Detail	38
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	38
18.1.1 s. unter Kapitel 3 und 4	38
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024	38
18.2.1 s. unter Kapitel 3 und 4	38
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte	38
18.3.1 s. unter Kapitel 3 und 4	38
19 Schlusswort und Ausblick	39
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	40
Akutsomatik	40
Herausgeber	42

1 Einleitung

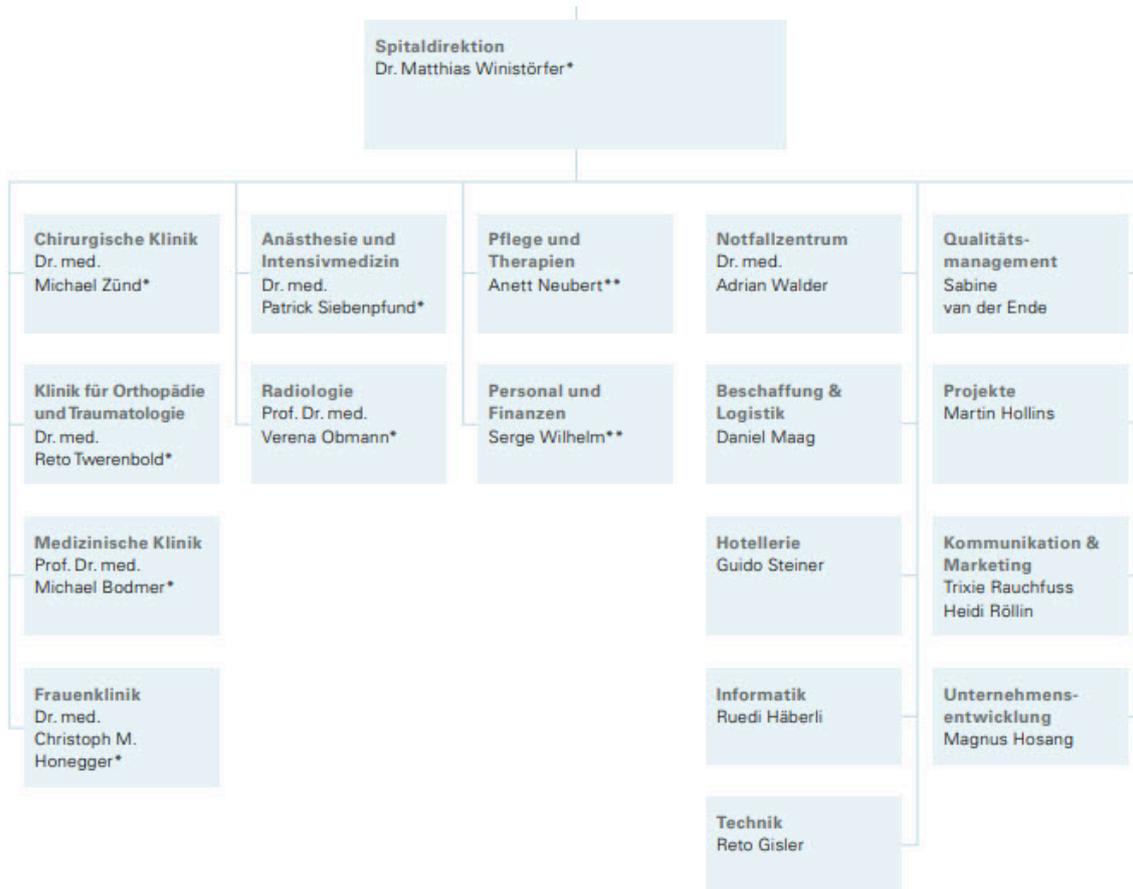
Nah am Menschen – das ist unser Leitgedanke. Wir stehen der Bevölkerung des Kantons Zug und der angrenzenden Regionen der Nachbarkantone nahe. Geografisch und besonders auch emotional. Das Zuger Kantonsspital bietet eine erstklassige medizinische Infrastruktur und umfassende Leistungspalette in einem 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 Schmerzklīnik, 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** Stellenprozent zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Sabine van der Ende
 Leiterin Qualitätsmanagement
 041 399 44 78
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 2024

- Kontinuierliche Weiterentwicklung und Ausweitung des Klinik-Informationssystems (KIS) im Sinne der kontinuierlichen Prozessoptimierung und Vereinheitlichung sowie Vereinfachung von Patientendokumentationen
- Optimierungsmassnahmen in der AEMP (Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte)
- Kommunikationsschulungen für Ärztinnen und Ärzte zur Optimierung der Patienten- und

Angehörigenkommunikation

- Kontinuierliche Patientenbefragung mit Ergebnisanzeige in Echtzeit
- Ausweitung der Nutzung von PROMs

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

- Vorbereitung zur Einführung/Digitalisierung von PROMs (Patient Reported Outcome Measures) im Bereich Kardiologie (Herzinsuffizienz)
- Erfolgreiches Aufrechterhaltungs-Audit ISO 9001:2015
- Durchführen von Kommunikationsschulungen für Ärztinnen und Ärzte
- Eröffnung der Stroke Unit im Februar 2024
- Optimierungen in der AEMP (Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte) umgesetzt aufgrund von Swissmedic Inspektion
- Umbau der Intensivstation zur Optimierung von Prozessabläufen

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 und Effizienz
- Nutzen der zunehmenden Digitalisierung als Chance im Spitalalltag
- Fördern der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit
- Ausbau Patient Reported Outcome Measures (PROMs)
- Zertifizierung der Stroke Unit
- Erreichung Q-Label Zertifizierung für das Brustzentrum
- Weitere Optimierungen im Bereich Medikationssicherheit
- Weitere signifikante Senkung der Liegedauer von Kathetern
- Evaluierung und Implementierung von Peer Reviews zur Qualitätssicherung und -verbesserung

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso ▪ 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 erfordern 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.

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

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

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Nationaler Qualitätsvertrag: Umsetzung von kontinuierlichen Verbesserungsmassnahmen

Ziel	Erfüllen der Anforderungen für die anstehenden Audits
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	seit Mai 2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Nationale Vorgaben gemäss Qualitätsvertrag erfüllen und nachweisen
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtes Spital
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfüllung der Vorgaben (z.B. Anzahl Qualitätsverbesserungsmassnahmen, Qualitätskonzept)
Weiterführende Unterlagen	https://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsvertrag

Einführung Betriebliches Gesundheitsmanagement

Ziel	Zertifizierung als Friendly Workspace, Gesunde Mitarbeitende
Bereich, in dem das Projekt läuft	gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Zertifizierung ca. für 2027 geplant
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Schaffung vorbildlicher Arbeitsbedingungen
Methodik	Gemäss Konzept "Friendly Workspace"
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtes Spital
Evaluation Aktivität / Projekt	gemäss geplantem, zeitlichen Vorgehen; Erreichung Zertifizierung Friendly Workspace
Weiterführende Unterlagen	www.friendlyworkspace.ch

Ausweitung Einsatz Patientenarmband

Ziel	Risikominimierung von Verwechslungen, Einsatzmöglichkeiten erweitern
Bereich, in dem das Projekt läuft	Alle stationären Patientinnen und Patienten sowie ambulante Patientinnen und Patienten mit Intervention/ Eingriff
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Start März 2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Ausschöpfen von Massnahmen im Bereich Patientensicherheit und Prozessoptimierung
Involvierte Berufsgruppen	Alle in den Behandlungsprozess Involvierten
Evaluation Aktivität / Projekt	Ausweitung der Möglichkeiten erfolgt
Weiterführende Unterlagen	https://www.zgks.ch/patienten-besucher/spitalaufenthalt/stationaerer-aufenthalt

Prozess Konsignationslager-Verbrauch über Patientenarmband digitalisieren

Ziel	Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung
Bereich, in dem das Projekt läuft	OP
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Einsatz des Patientenarmbands ausschöpfen
Methodik	Scannen von Verbrauchsmaterial direkt für die Lagerbewirtschaftung und Leistungserfassung und
Involvierte Berufsgruppen	Logistik, OP-Team
Evaluation Aktivität / Projekt	erfolgreiche, fehlerfreie Umsetzung; Zeitoptimierung messen

Ausweitung PROMs

Ziel	Fördern einer patientenorientierten Behandlung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Kardiologie, Frauenklinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Ca. bis Ende 2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Fördern und Ausweiten eine patientenorientierten Behandlung
Methodik	Patient Reported Outcome Measures
Involvierte Berufsgruppen	behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Teams
Evaluation Aktivität / Projekt	Im Bereich Orthopädie/Traumatologie wurde die Einführung bereits umgesetzt. Die Kardiologie startet Anfang 2025. Umsetzung in der Frauenklinik in Planung. Es wird auch auf nationaler Ebene ein effizientes Vorgehen erarbeitet.

Ausweitung Mobilitäts-Monitoring System Qumea

Ziel	Verhinderung von Stürzen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Bettenstationen
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Ende 2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Verbesserung Sturzmanagement
Methodik	Qumea Mobilitäts-Monitoring System
Involvierte Berufsgruppen	Pflegefachpersonen
Evaluation Aktivität / Projekt	erfolgreiche Einführung und Anwendung

Sichere Operation - Team Time out

Ziel	Risikominimierung bei Operationen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Chirurgie, Orthopädie/Traumatologie, Frauenklinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Seit 2013
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Erhöhung der Patientensicherheit
Methodik	Stichprobenartige Messung ob Vorgaben eingehalten werden
Involvierte Berufsgruppen	Am OP-Prozess beteiligtes Personal
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Checkliste wurde ins Klinik-Informationssystem übernommen. Elektronische Auswertungsmöglichkeiten werden weiter optimiert

Awareness-Kampagnen zu Cyber Risiken

Ziel	Sensibilisierung der Mitarbeitenden zu Cyber Risiken
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2020
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Erhöhung Datensicherheit sowie Schutz vor Patientendaten im Alltag
Methodik	Awareness-Kampagne, Online-Schulung
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtes Spital
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreiche Umsetzung und fortlaufende Sensibilisierung

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Schulungen KISIM Anwendungen

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

Führen eines Dokumenten-Management-Systems

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

Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

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

Critical Incident Reporting System

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

Patient Blood Management

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

Teilnahme am Modul CAUTI-Surveillance von Swissnoso 2022

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

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

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

Beteiligung von Patienten an der Patientensicherheit

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

Meldeportal Hämo-, Materio-, Pharmakovigilanz

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

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.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	2020
anresis.ch ANRESIS: Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen	Alle Fachbereiche	Institut für Infektionskrankheiten, Bern www.anresis.ch www.infect.info	2012
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2009
CHPACE WEB Datenbank der implantierten Schrittmacher und Defibrillatoren sowie der Ablationen	Kardiologie	Schweizerische Stiftung für Rhythmologie www.pacemaker-stiftung.ch www.rhythmologie-stiftung.ch	vor 2015
Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	k. A.
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	k. A.
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/	2014

		sirispine.com/	
srrgap Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Stadtspital Zürich Waid, Institut für Nephrologie -- srrgap www.swissnephrology.ch	k.A.
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	k.A.
TR-DGU TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumanetzwerk-dgu.de	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
KR Zürich/Zug/Schaffhausen/Schwyz Krebsregister der Kantone Zürich, Zug, Schaffhausen und Schwyz	Alle	www.krebsregister.usz.ch www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/

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	2024	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	Therapien; Benefit Trainingscenter	2009	2024	Es finden jährlich Überwachungsevaluationen statt
REKOLE	Finanzen	2014	2022	Rezertifizierung alle vier Jahre; jährliche interne Kontrollen
Partner Traumanetzwerk Zentralschweiz	Klinik für Orthopädie/Traumatologie	2016	2024	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.	2024	Es finden alle fünf Jahre Audits statt
SIWF FMH ISFM zertifizierte Weiterbildungsstätte	Alle Kliniken bzw. Fachbereiche	k.A.	2024	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 Patient:innen und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene

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

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2024 (CI* = 95%)
	2019	2021	2023	
Zuger Kantonsspital AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.08	4.24	4.25	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.45	4.60	4.63	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.48	4.58	4.59	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.41	4.55	4.55	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.94	4.09	4.03	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	90.70 %	87.00 %	91.79 %	– %
Anzahl versendeter Fragebogen 2024				–
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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

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

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

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

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

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

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. Es ist daher wichtig, dass wir die Erkenntnisse der anq-Befragung mit den Ergebnissen der kontinuierlichen Befragung von stationären Patientinnen und Patienten ergänzen.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 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 digitalen Fragebogens, der über einen QR-Code für die stationären Patientinnen und Patienten zugänglich ist. Die Ergebnisse stehen sofort nach Beenden der Eingabe zur Verfügung. 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 Januar 2024 bis Dezember 2024 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.

Die Ergebnisse sind weiterhin auf einem sehr hohen Niveau. Ziel ist es, die Rücklaufquote wieder zu erhöhen.

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

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 eigenen sich davon jedoch nur die folgenden 6 Indikatoren:

Messergebnisse

Qualitätsindikatoren	BFS-Daten 2021	BFS-Daten 2022
Zuger Kantonsspital AG	Risikoadjustierte Rate	Risikoadjustierte Rate
Spitalweite Kohorte	6.85 %	5.92 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	5.08 %	4.33 %
Kardiorespiratorische Kohorte	12.26 %	9.23 %
Kardiovaskuläre Kohorte	10.02 %	14.06 %
Neurologische Kohorte	6.9 %	7.09 %
Sonstige medizinische Kohorte	9.8 %	8.72 %

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Der vermeintliche Anstieg der Rehospitalisationen in der Kardiovaskulären Kohorte wurde durch eine Einzelfallanalyse überprüft. Die Rehospitalisationen konnten plausibel erklärt werden und waren nicht auffällig.

Angaben zur Messung

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

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

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2018 bis 31.12.2021

	Anzahl eingeschlossene Primär-Implantate (Total)	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N)	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %			Adjustierte Revisionsrate %
			2018 - 2021	2018 - 2021	2015 - 2018	
Zuger Kantonsspital AG						
Primäre Hüfttotalprothesen	331	1.50%	2.50%	2.60%	2.30%	1.50%
Primäre Knieprothesen	190	5.90%	6.00%	5.60%	6.60%	6.30%

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die überdurchschnittlichen Werte im Bereich Knieprothetik konnten plausibel erklärt werden.

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 bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2020/2021	2021/2022	2022/2023	
Zuger Kantonsspital AG						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	16	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	73	7	10.30%	2.30%	2.10%	8.20% (1.90% - 14.60%)
Kaiserschnitt (Sectio)	339	2	1.60%	1.80%	1.90%	0.50% (0.00% - 1.30%)

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

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2020/2021	2021/2022	2022/2023	
Zuger Kantonsspital AG						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	135	1	0.00%	0.00%	0.00%	0.20% (0.00% - 1.00%)

* 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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Zusammenfassung: Erstmals zeigt sich eine signifikant tiefere Wundinfektionsrate im Bereich der Sectio caesarea im Vergleich zum Durchschnitt aller anderen Schweizer Spitäler. Das statistisch signifikant tiefere Infektionsrisiko in der Kolonchirurgie aus der Vorperiode konnte leider nicht erhalten werden. Hier ist aber anzumerken, dass es sich ausschliesslich um oberflächliche Infektionen handelte, welche in aller Regel für die Patient:innen mit einer geringen Morbidität einhergehen. Aufgrund der geringen Fallzahlen konnte trotz fehlenden tiefen oder Organ/Space-Infektionen kein signifikanter Unterschied erreicht werden. Bei den anderen überwachten Eingriffen zeigt sich keine statistisch signifikante Differenz zu allen anderen Spitätern.

Das Timing der perioperativen Prophylaxe liegt am ZGKS mit $\geq 90\%$ innerhalb des optimalen Zeitfensters von 0-60 Minuten bei 3/4 beobachteten Eingriffsarten, bei der letzten Eingriffsart liegt sie mit 88.5% sehr hoch. Es ist in 2 von 4 beobachteten Eingriffsarten signifikant besser im Vergleich zu den anderen teilnehmenden Spitätern. Aufgrund der bereits sehr guten Vorjahreswerte ist hier eine signifikante Verbesserung nur schwer zu erreichen. Ziel bleibt diese Compliance beizubehalten und möglichst $> 90\%$ zu erreichen.

Optimierungspotential: Aufgrund der hohen Compliance mit den beeinflussbaren Präventionsprozessen zur Reduktion von Wundinfektionen (Antibiotikaphylaxe, Operationsdauer) und einer signifikant tieferen (Appendektomie) 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.

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.

Bemerkungen

Trotz bereits sehr guter, respektive exzellenter Resultate der Wundinfektionsraten erarbeitete die Infektionsprävention zusammen mit der Anästhesie und dem Team des Operationssaals ein Konzept zur Verhinderung der Hypothermie bei Patient:innen, welches im Jahr 2025 implementiert wird. Trotz grundsätzlich erfreulicher Resultate werden wir weiterhin schrittweise evidenz-basierte Massnahmen zur Prävention postoperativer Wundinfektionen prüfen und implementieren.

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 Sturzerhebung

Das Zuger Kantonsspital führt die eigene Prävalenzmessung für das ganze Jahr anhand des Sturzprotokolls fort, welche weiterhin vom Pflegepersonal ausgefüllt werden.

Ein Sturz ein komplexes und multifaktoriell bedingtes Ereignis, das nicht immer verhindert werden kann (DNQP, 2022). Eine niedrige Sturzrate bei Patient:innen, die gefährdet sind, deutet auf eine hohe Pflegequalität hin. Daher ist das Zuger Kantonsspital bestrebt, durch gezielte Präventionsmassnahmen diese Raten niedrig zu halten und sie regelmässig auszuweisen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Auf allen stationären Abteilungen.

Es werden alle Stürze mittels eines Sturzprotokolls festgehalten und eingeschlossen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Sturzrate, berechnet durch Patient:innentage und Anzahl der Stürze, im Jahr 2024 im Vergleich zu den letzten Jahren weiter rückläufig ist. Die Zielprävalenz von 3%, die das ZGKS definiert hat, wurde auch in diesem Jahr erreicht. Weiterhin wird angestrebt, die Anzahl der Stürze durch gezielte Massnahmen und Entwicklungen weiter zu reduzieren. Dazu gehört die Implementierung des überarbeiteten Sturzprotokolls Mitte 2024. Ausserdem wurde 2024 eine neu aufgebaute Fortbildung zum Thema Sturz und Sturzprophylaxe für Pflegepersonen zweimal durchgeführt. Das 2023 gestartete Projekt „Mobilitäts-Monitoring-System Qumea“ zur Verhinderung von Stürzen wurde 2024 in weiteren Zimmern installiert und wird 2025 auf noch weitere Zimmer ausgeweitet.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

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 Dekubitus Erhebung

Das Zuger Kantonsspital führt die eigene Prävalenzmessung für das ganze Jahr anhand des Dekubitusprotokolls fort, welche weiterhin vom Pflegepersonal ausgefüllt werden.

Nicht jeder Dekubitus kann verhindert oder erfolgreich therapiert werden (Anders et al., 2010). Eine niedrige Dekubitusrate bei Patient:innen, die gefährdet sind, deutet auf eine hohe Pflegequalität hin. Daher ist das Zuger Kantonsspital bestrebt, durch gezielte Präventionsmassnahmen diese Raten niedrig zu halten und sie regelmässig auszuweisen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt. Auf allen stationären Abteilungen.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Dekubitusprävalenz im Jahr 2024 im Vergleich zu den Vorjahren gesenkt werden konnte. Es werden gezielte Massnahmen zum Erhalt und zur Weiterentwicklung einer evidenzbasierten Dekubitusprophylaxe umgesetzt. Dazu zählen die Überarbeitung des Dekubitusprotokolls sowie dessen Implementierung in die Praxis zur Jahresmitte 2024. Darüber hinaus befindet sich eine Fortbildung für das Pflegepersonal zum Thema Dekubitus und Dekubitusprophylaxe im Aufbau und wird erstmals im Herbst 2025 durchgeführt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Weitere Qualitätsaktivitäten

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Monitoring Sectiones (Akutsomatik)

Die Messung soll eine detaillierten Übersicht über Sectio-Indikationen schaffen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die Datenerhebung findet in der Frauenklinik/Gebärabteilung statt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Daten werden für interne Zwecke verwendet.

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 2024

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 und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

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

Nephrologie (Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
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
Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität
Gynäkologische Tumore
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie / Behandlung von Schwerverletzten (IVHSM)

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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