

Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

28.05.2026
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 2025.

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 schweizerische Spital- und Kliniklandschaft ist sehr heterogen, entsprechend unterschiedlich sind auch die Fallzahlen. Werte von Spitälern und Kliniken mit kleinen Fallzahlen sind statistisch weniger robust und mehr von zufälligen Schwankungen betroffen. Auch lassen sich aus den Ergebnissen keine Rückschlüsse auf die Fallschwere der Patientinnen und Patienten und den damit verbundenen Behandlungs- und Ressourcenaufwand der Institutionen ableiten.

In Bezug auf die nationalen Qualitätsmessungen des ANQ ist insbesondere zu erwähnen, dass bei der Publikation der Ergebnisse sorgfältig auf faire Spital- und Klinikvergleiche geachtet wird. Von Spital- oder Klinikranglisten sieht der ANQ entschieden ab. Sämtliche Resultate der Qualitätsmessungen geben nur Teilaspekte der Gesamtqualität eines Spitals oder einer Klinik wieder und jede Methode hat ihre Chancen und Grenzen.

Zudem 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 2025

Herr
Daniel Scholz
Leiter Qualitätsmanagement
0413994478
daniel.scholz@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 Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Die Informationen hierzu werden auch in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform spitalinfo.ch dargestellt.

Die Qualitätsentwicklung wird von den Spitälern und Kliniken mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen vorangetrieben. Als Basis für die Deklaration und Publikation dient der Qualitätsvertrag gemäss Art. 58a KVG (QV58a). Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – Qualität – Qualitätsvertrag. Die Selbstdeklarationen werden durch die Spitäler und Kliniken mindestens einmal jährlich aktualisiert. Im Qualitätsbericht 2025 sind diese Angaben nun erstmals automatisch integriert und entsprechen dem Stand Ende Jahr 2025.

Die Vorlage zum Qualitätsbericht 2025 umfasst weiterhin die Aktivitatstypen: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. 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.

Um das Ausfllen der Vorlage zum Qualitätsbericht zu vereinfachen und den Aufwand zu reduzieren, sind unter anderem neu direkte Links zu den Nationalen Messungen und Befragungen (ANQ) auf den jeweiligen Spitalprofilen auf spitalinfo.ch gesetzt worden.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das unermüdliche Engagement, mit dem sie – zusammen mit den breitgefächerten Aktivitäten – weiterhin eine hohe Versorgungsqualität sicherstellen können. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den 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 2025	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	12
4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG	12
4.2 Teilnahme an nationalen Messungen	13
4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen <i>Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben</i>	
4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	14
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte	15
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	24
4.5.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews	
4.5.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)	25
4.6 Registerübersicht	26
4.7 Zertifizierungsübersicht	28
QUALITÄTSMESSUNGEN	29
Erhebung der Patientenerfahrung	30
5 Patientenerfahrung	30
5.1 Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik	30
5.2 Beschwerdemanagement	30
6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern <i>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.</i>	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	31
7.1 Eigene Befragung	31
7.1.1 Befragung Mitarbeiter	31
8 Zuweiserzufriedenheit	32
8.1 Eigene Befragung	32
8.1.1 Befragung Zuweiser	32
Behandlungsqualität	33
Messungen in der Akutsomatik	33
9 Wiedereintritte	33
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	33
10 Operationen	34
10.1 Hüft- und Knieprothetik	34
11 Infektionen	35
11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen	35
12 Stürze	37
12.1 Eigene Messung	37
12.1.1 Sturzerhebung	37
13 Dekubitus	38
13.1 Eigene Messungen	38
13.1.1 Dekubitus Erhebung	38
Psychiatriespezifische Messungen	0

14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung <i>Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.</i>	
	Rehaspezifische Messungen	0
15	Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit <i>Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.</i>	
	Weitere Qualitätsaktivitäten	39
16	Weitere Qualitätsmessung	39
16.1	Weitere eigene Messung	39
16.1.1	Monitoring Sectiones (Akutsomatik).....	39
17	Projekte im Detail	40
17.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	40
17.1.1	s. unter Kapitel 3 und 4	40
17.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025	40
17.2.1	s. unter Kapitel 3 und 4	40
17.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	40
17.3.1	s. unter Kapitel 3 und 4	40
18	Schlusswort und Ausblick	41
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	42
	Akutsomatik	42
	Herausgeber	44

1 Einleitung

Nah am Menschen – dieser Leitgedanke prägt unser tägliches Handeln. Als zentraler Gesundheitsversorger für die Bevölkerung des Kantons Zug und der angrenzenden Regionen stehen wir den Menschen nicht nur geografisch, sondern auch emotional nahe. Das Zuger Kantonsspital bietet eine moderne medizinische Infrastruktur, ein breites Leistungsspektrum und ein ganzheitliches Behandlungskonzept, das konsequent auf die individuellen Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten ausgerichtet ist. Mit über 180 stationären Betten in der Chirurgischen Klinik, der Klinik für Orthopädie und Traumatologie, der Medizinischen Klinik sowie der Frauenklinik gewährleisten wir eine umfassende Versorgung. Seit Mai 2022 werden polymorbide Patientinnen und Patienten zusätzlich auf der Interdisziplinären Station betreut. Ergänzt wird unser Angebot durch das Institut für Anästhesie und Intensivmedizin, das Institut für Radiologie, ein modern ausgestattetes Notfallzentrum, eine Intensivstation, eine Dialysestation, ein Onkologie-Zentrum, ein Rheumatologie- und Osteoporose-Zentrum, eine Schmerzklinik, ein Ambulantes Operationszentrum, eine zeitgemässe Gebärabteilung sowie eine neu etablierte Stroke Unit.

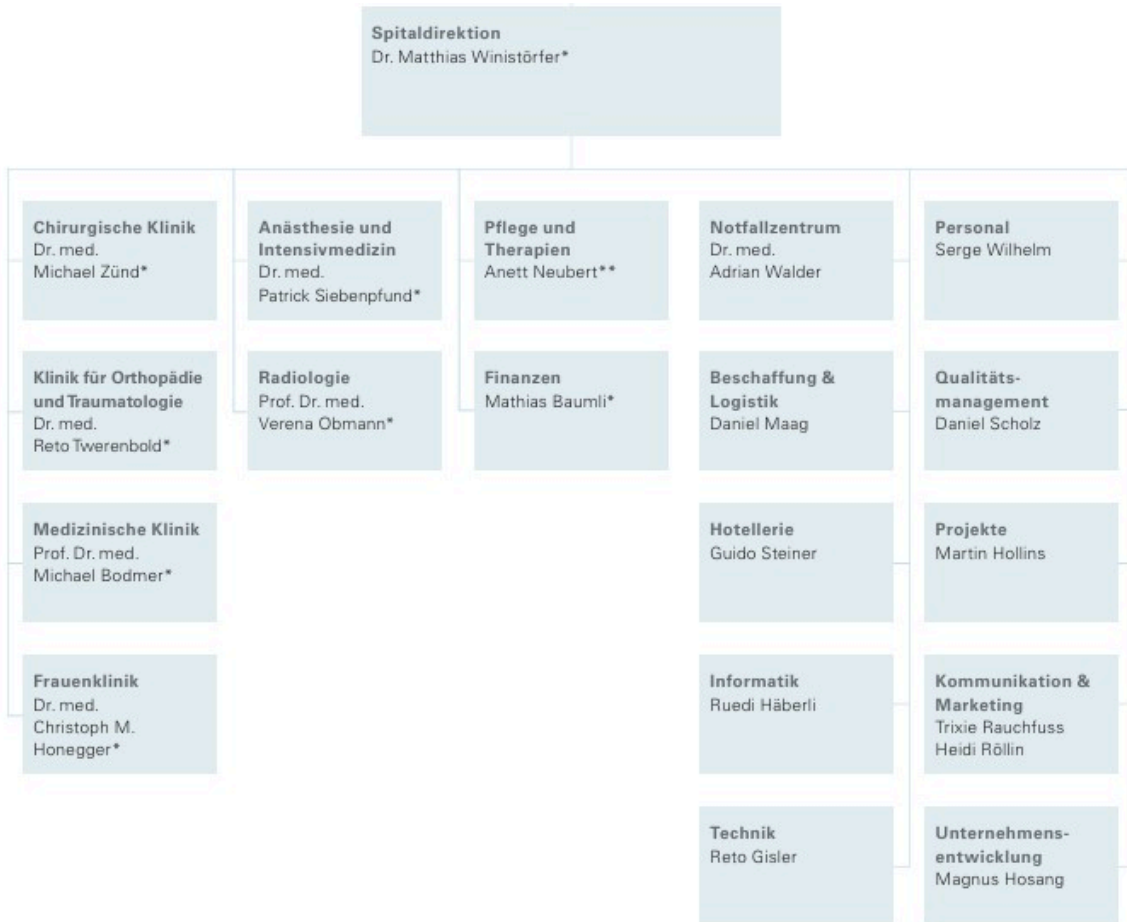
Im Jahr 2025 durften wir **999 Geburten** begleiten – ein eindrücklicher Beleg für das Vertrauen, das werdende Eltern unserer Frauenklinik entgegenbringen.

Rund 1.200 Mitarbeitende erbringen unsere Leistungen gemäss kantonalem Leistungsauftrag. Die hohe Dienstleistungsqualität wird von Patientinnen und Patienten sowie weiteren Anspruchsgruppen regelmässig anerkennend bewertet. Dank eines seit mehr als 20 Jahren etablierten Qualitätsmanagementsystems, kontinuierlicher Leistungsüberprüfung, einer starken Rekrutierungsbasis in allen Berufsgruppen sowie eines umfassenden internen und externen Aus- und Weiterbildungsangebots gelingt es uns, die Qualität unserer Dienstleistungen laufend an neue Anforderungen anzupassen und weiterzuentwickeln.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



* Mitglied der Spitalleitung

** Mitglied der Spitalleitung und Stv. Spitaldirektor/in

05/2026

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80** Stellenprozent zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Daniel Scholz
Leiter Qualitätsmanagement
 0413994478
daniel.scholz@zgks.ch

3 Qualitätsstrategie

Das Zuger Kantonsspital steht für eine erstklassige medizinische Versorgung, moderne Infrastruktur und eine konsequente Ausrichtung auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten. Jährlich behandeln wir über 12'000 stationäre und rund 70'000 ambulante Personen in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie/Traumatologie und Frauenheilkunde. Qualität ist dabei der zentrale Leitgedanke unseres Handelns.

Grundprinzipien unserer Qualitätsstrategie

Exzellenz als Anspruch

Wir verfolgen in allen Bereichen eine höchstmögliche Qualität. Unsere Professionalität orientiert sich an ethischen, medizinischen, ökonomischen und ökologischen Grundsätzen. Dieser Anspruch ist fest im Leitbild des Zuger Kantonsspitals verankert und bildet die Basis für eine langfristig erfolgreiche und verantwortungsvolle Gesundheitsversorgung.

Ausrichtung auf Anspruchsgruppen

Die Erwartungen unserer Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Mitarbeitenden, Zuweisenden, Behörden und Partnerorganisationen sind zentraler Massstab für unsere Qualitätsarbeit. Unser Ziel ist es, diese Erwartungen zu erfüllen oder zu übertreffen und damit Vertrauen und Zufriedenheit nachhaltig zu stärken.

Kontinuierliche Verbesserung als Haltung

Verbindliche Ziele und aktive Mitgestaltung

Wir setzen uns klare Qualitätsziele und verpflichten uns zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung. Alle Mitarbeitenden tragen aktiv zur Umsetzung der Qualitätspolitik bei. Durch gezielte Schulungen, Weiterbildungen und eine offene Kommunikationskultur schaffen wir die Voraussetzungen dafür, dass Qualität im Alltag gelebt wird. Qualifikation, Information und Motivation unserer Mitarbeitenden sind entscheidend für den Unternehmenserfolg.

Transparente und sichere Prozesse

Unsere Prozesse sind klar definiert, korrekt dokumentiert und regelmässig überprüft. Risiken werden systematisch bewertet, und Prozessziele werden kontinuierlich weiterentwickelt. Gesetzliche und behördliche Vorgaben werden konsequent eingehalten. So stellen wir sicher, dass unsere Leistungen dauerhaft auf hohem Niveau erbracht werden.

Lernkultur und Patienteneinbindung

Offene Fehlerkultur

Wir fördern eine Kultur, in der Fehler offen angesprochen und als Chance zur Verbesserung genutzt werden. Patientinnen und Patienten werden unter Wahrung ihrer Selbstbestimmungsrechte aktiv in den Behandlungsprozess einbezogen.

Feedback als Qualitätsmotor

Die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten erfassen wir systematisch über geeignete Befragungen. Zusätzlich bieten wir jederzeit die Möglichkeit, positives wie kritisches Feedback direkt mitzuteilen. Unser Anspruch ist es, auf Unzufriedenheit bereits während der laufenden Behandlung reagieren zu können.

Patientensicherheit als oberste Priorität

Ereignisse, die eine potenzielle Gefährdung darstellen, werden im Critical Incident Reporting System (CIRS) erfasst und interprofessionell analysiert. Aus Fehlern und Beinahe-Fehlern lernen wir, um Risiken nachhaltig zu reduzieren und die Sicherheit weiter zu erhöhen.

Qualitätsorientierung in der Unternehmensstrategie

Qualität ist explizit in unserer Unternehmensstrategie und unseren Unternehmenszielen verankert. In externen Benchmarks streben wir Ergebnisse über dem Durchschnitt bzw. Median an. Damit stellen wir sicher, dass unsere Leistungen nicht nur intern hohen Standards entsprechen, sondern auch im nationalen Vergleich überzeugen.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

1. Erstzertifizierung der Stroke Unit

Im Jahr 2025 stand die Erstzertifizierung unserer Stroke Unit im Zentrum unserer Qualitätsarbeit. Mit dieser Zertifizierung wollen wir die hohe Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten mit akuten Schlaganfällen nachweislich bestätigen und weiter stärken. Die Zertifizierung umfasst die Überprüfung von Strukturen, Prozessen und Behandlungsergebnissen sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit. Ziel ist es, die Versorgungssicherheit zu erhöhen, Behandlungswege weiter zu standardisieren und die Ergebnisqualität nachhaltig zu verbessern.

2. Q-Label-Zertifizierung als Brustzentrum (Kooperation mit dem Stadtspital Triemli)

Gemeinsam mit dem Stadtspital Triemli strebten wir 2025 die Q-Label-Zertifizierung als Brustzentrum an. Diese Auszeichnung bestätigt eine qualitativ hochstehende, interdisziplinäre und patientenzentrierte Versorgung von Menschen mit Brusterkrankungen. Die Zertifizierung verlangt definierte Qualitätsstandards entlang des gesamten Behandlungspfads – von der Diagnostik über die Therapie bis zur Nachsorge. Durch die enge Kooperation mit dem Stadtspital Triemli bündeln wir Expertise, stärken die Behandlungsqualität und schaffen für Patientinnen ein verlässliches, transparentes und hochprofessionelles Versorgungsangebot.

3. Umfassende Patientenzufriedenheitsbefragung im stationären Bereich

Ein weiterer Schwerpunkt war die Durchführung einer detaillierten und methodisch fundierten Patientenzufriedenheitsbefragung im stationären Setting. Ziel war es, ein präzises Bild der Patientenerfahrungen zu erhalten, Stärken sichtbar zu machen und Verbesserungspotenziale systematisch zu identifizieren. Die Ergebnisse werden in die Weiterentwicklung unserer Prozesse, Kommunikationswege und Servicequalität einfließen. Durch die direkte Einbindung unserer Patientinnen und Patienten stärken wir die gelebte Feedbackkultur und fördern eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

Zertifizierungen & Qualitätsnachweise

- Erfolgreiche Re-Zertifizierung nach ISO 9001 abgeschlossen
- Vorarbeiten für die Erstzertifizierung der Stroke Unit vollständig abgeschlossen
- Vorarbeiten für die Q-Label-Zertifizierung als Brustzentrum (Kooperation mit Stadtspital Triemli) erfolgreich durchgeführt
- Seit Herbst Mitglied des Vereins Swiss Memory Clinics (SMC) und damit als Memory Clinic zertifiziert

Memory Clinic – Aufbau & Etablierung

- Aufbau und Zertifizierung der Memory Clinic als spezialisierte Anlaufstelle für:
 - Gedächtnisprobleme
 - Konzentrationsstörungen
 - Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit
- Interdisziplinäres Team etabliert (Neuropsychologie, Neurologie, Radiologie, Geriatrie, Psychiatrie)

Patientenzufriedenheit & Feedbackkultur

- Durchführung einer umfassenden Patientenzufriedenheitsbefragung im stationären Bereich
- Teilnahme an einer schweizweiten ANQ-Patientenzufriedenheitsmessung

Nationale Qualitätsmessungen & Register

- Erneute Teilnahme an mehreren ANQ-Messungen gemäss nationalen Vorgaben
- Per Januar 2025 Einführung des Implantatregisters SIRIS Schulter:
 - Vollständige Erfassung aller Schulterprothesen-Eingriffe
 - Beitrag zur Qualitätskontrolle und Weiterentwicklung der Implantationsmedizin

Interkantonale Qualitätszirkel & Zusammenarbeit

- Erstmalige Teilnahme an den Qualitätszirkeln des Amtes für Gesundheit des Kantons Zürich in den Bereichen:
 - Dickdarmchirurgie
 - Brustkrebs
 - Hüft- und Knieprothetik
- Gemeinsame Auswertung von Behandlungsdaten und Diskussion in Expertengruppen zur Prozess- und Qualitätsoptimierung.

Patientensicherheit & Sensibilisierung

- Aktive Teilnahme an der Aktionswoche der Stiftung für Patientensicherheit (15.–19. September).
- Einrichtung eines Trainingsraums unter dem Motto „Risiken im Blick – ein Kinderspiel?“ zur Sensibilisierung des medizinischen Fachpersonals.
- Durchführung kurzer, praxisnaher Trainingssequenzen (15–30 Minuten) zur Stärkung der Sicherheitskultur.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die aufgeführten Schwerpunkte zeigen klar, wohin sich die Qualitätsarbeit des Zuger Kantonsspitals in den nächsten Jahren entwickeln wird. Insgesamt lässt sich eine deutliche Ausrichtung auf Standardisierung, Patientensicherheit, Digitalisierung und interprofessionelle Zusammenarbeit erkennen. Die wichtigsten Entwicklungen lassen sich wie folgt einordnen:

Stabile und transparente Qualitätsmessung

- Die kontinuierlich guten Ergebnisse in ANQ-Messungen und Patientenzufriedenheitsbefragungen zeigen, dass das Spital auf einem hohen Qualitätsniveau arbeitet.
- Die Herausforderung der kommenden Jahre wird darin bestehen, diese Resultate trotz steigender Komplexität und Ressourcenknappheit zu halten oder weiter zu verbessern.

Prozessoptimierung & Patientensicherheit

- Laufende Prozessoptimierungen stärken sowohl die Sicherheit als auch die Effizienz.
- Themen wie Medikationssicherheit und die Reduktion der Einlagehäufigkeit und Liegedauer von Kathetern sind klassische Patientensicherheitsindikatoren und werden weiterhin stark im Fokus stehen.
- Die geplante Einführung von Peer Reviews ist ein wichtiger Schritt, um die Qualität systematisch und kollegial zu reflektieren und weiterzuentwickeln.

Ausbau der klinischen Exzellenz durch Zertifizierungen

- Die Zertifizierung der Stroke Unit und die Q-Label-Zertifizierung des Brustzentrums sind bedeutende Meilensteine.
- Beide Zertifizierungen erhöhen die Sichtbarkeit, stärken das Vertrauen der Bevölkerung und fördern die Standardisierung der Behandlungspfade.

Digitalisierung als strategischer Hebel

- Die zunehmende Digitalisierung bietet grosse Chancen:
 - effizientere Abläufe
 - bessere Datenqualität
 - schnellere Informationsflüsse
 - Unterstützung klinischer Entscheidungen
- Entscheidend wird sein, digitale Tools so einzusetzen, dass sie den klinischen Alltag tatsächlich entlasten und nicht zusätzlich belasten.

Interdisziplinarität & Interprofessionalität

- Die Förderung der Zusammenarbeit über Berufs- und Fachgrenzen hinweg ist ein zentraler Erfolgsfaktor.
- Komplexe Krankheitsbilder, steigende Patientenzahlen und kürzere Aufenthaltsdauern machen eine enge Abstimmung zwingend notwendig.

Stärkung der Patientenperspektive

- Der Ausbau der Patient Reported Outcome Measures (PROMs) ist ein klarer Trend in der modernen Qualitätsentwicklung.
- PROMs ermöglichen eine differenzierte Sicht auf Behandlungsergebnisse aus Patientensicht und ergänzen klassische medizinische Outcome-Daten.

Gesamtfazit

Die Qualitätsentwicklung der nächsten Jahre wird geprägt sein von weiterer Professionalisierung, stärkerer Datenorientierung, wachsender Patienteneinbindung und gezielter Digitalisierung. Das Zuger Kantonsspital positioniert sich damit klar als moderne, lernende Organisation, die Qualität nicht nur misst, sondern aktiv gestaltet.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG

Deklaration und Publikation der Qualitätsentwicklung nach QV Art.58a KVG: Stand Ende Jahr (31.12.2025).

Selbstdeklaration ¹ : 19.12.2025		Externe Überprüfung QV58a KVG ²		Prüfstelle	Kommentar Spital
		Ergebnis			
Qualitätsmanagementsystem	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
Qualitätskultur	⊗	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Interaktives Lernen im Room of Horrors	✓				
▪ Mitarbeitendenbefragung	✓				
▪ Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	✓				
▪ Qualitätszirkel	⊗				
Patientensicherheit	-	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
		Betriebsdurchdringung	○○○○○		
▪ Checkliste sichere Chirurgie	✓				
▪ Patient Blood Management	⊗				
▪ Strukturelle Mindestanforderungen zur HAI Prävention	⊗				
▪ Sturzprävention	⊗				
▪ Surgical Site Intervention (SSI) Modul von Swissnoso	⊗				

Erläuterungen

Die Selbstdeklaration (1) erfolgt jährlich. Die Spitäler und Kliniken deklarieren, welche Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) sie umsetzen und welchen Implementierungsstand diese haben. Zudem geben sie auch Auskunft darüber, welchen Implementierungsstand die Qualitätskonzepte pro Handlungsfeld haben: ⊗ = in Umsetzung, ✓ = umgesetzt.

Alle Spitäler und Kliniken sollen zudem mindestens alle 8 Jahre an einer externen Überprüfung (2) teilnehmen. Die Auswahl erfolgt sowohl nach Zufallsprinzip als auch aufgrund von ANQ-Messergebnissen. Ergebnisse der externen Überprüfung werden jeweils nur während zwei Jahren nach der Durchführung online publiziert:

Dimension kontinuierliche Verbesserung 1: Fehlende Implementierung / 2: Umsetzungsplan mit angemessenem Zeitplan vorhanden (Plan) / 3: Mindestanforderungen sind implementiert (Do) / 4: Die Wirksamkeit wird überprüft (Check) / 5: Korrekturmassnahmen werden definiert und umgesetzt (Act)

Dimension Betriebsdurchdringung 1: Fehlende Implementierung / 2: Mind. 1 Pilotbereich / 3: Einführung in mind. 50% der Bereiche / 4: Einführung in mind. 75% der Bereiche / 5: Vollständige Einführung

4.2 Teilnahme an nationalen Messungen

Im ANQ sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorinnen- und direktorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen prio.swiss und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen (Outcome) in Spitälern und Kliniken und die vergleichende Ergebnispublikation. Ziel ist es, ein innovatives Leistungsangebot für Mitglieder und die ihnen angeschlossenen Organisationen sicherzustellen, um sie bei ihren Aufgaben zur Etablierung einer wirkungsvollen, patientenorientierten Qualitätsentwicklung zu unterstützen. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik - Erwachsene
▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen

Bemerkungen

Die nationalen Qualitätsmessungen unterstützen uns dabei, die Versorgungsqualität kontinuierlich zu überwachen und unsere Kennzahlen im schweizweiten Vergleich einzuordnen. Verbesserte Messmethoden und zunehmend digitale Auswertungsinstrumente ermöglichen dabei detailliertere und aussagekräftigere Analysen. Gleichzeitig steigt der Ressourcenbedarf für die Erhebung und Verarbeitung der vorgegebenen Messdaten kontinuierlich an.

4.4 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>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
▪ Befragung Mitarbeiter
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Befragung Zuweiser
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Sturzerhebung
<i>Dekubitus</i>
▪ Dekubitus Erhebung
<i>Weitere Qualitätsmessung: Akutsomatik</i>
▪ Monitoring Sectiones

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

Einführung Betriebliches Gesundheitsmanagement

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

Ausweitung Einsatz Patientenarmband

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

Prozess Konsignationslager-Verbrauch über Patientenarmband digitalisieren

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

Ausweitung PROMs

Ziel	<i>Fördern einer patientenorientierten Behandlung</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Kardiologie, Frauenklinik</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Ca. bis Ende 2025</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.</i>
Begründung	<i>Fördern und Ausweiten eine patientenorientierten Behandlung</i>
Methodik	<i>Patient Reported Outcome Measures</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Teams</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>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.</i>

Ausweitung Mobilitäts-Monitoring System Qumea

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

Sichere Operation - Team Time out

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

Awareness-Kampagnen zu Cyber Risiken

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

Zertifizierung Stroke Unit

Ziel	<i>erfolgreiche Zertifizierung der Stroke Unit nach Vorgaben SFCNS</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Stroke Unit</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>seit Februar 2024</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Verbesserung des Qualitätsstandards</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Mitarbeiter Stroke Unit zzgl. relevante Anspruchsgruppen</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>erfolgreiche Zertifizierung</i>

Zertifizierung Q-Label

Ziel	<i>erfolgreiche Zertifizierung des Brustzentrums in Kooperation mit Stadtspital Triemli</i>
Bereich, in dem das Projekt läuft	<i>Frauenklinik / Brustzentrum</i>
Projekt: Laufzeit (von...bis)	<i>Herbst 2025</i>
Art des Projekts	<i>Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.</i>
Begründung	<i>Verbesserung des Qualitätsstandards</i>
Involvierte Berufsgruppen	<i>Mitarbeiter Frauenklinik zzgl. relevante Anspruchsgruppen</i>
Evaluation Aktivität / Projekt	<i>erfolgreiche Zertifizierung</i>

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Führen eines Dokumenten-Management-Systems

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

Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

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

Critical Incident Reporting System

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

Schulungen KISIM Anwendungen

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

Patient Blood Management

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

Teilnahme am Modul CAUTI-Surveillance von Swissnoso 2022

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

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

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

Beteiligung von Patienten an der Patientensicherheit

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

Meldeportal Hämo-, Materio-, Pharmakovigilanz

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

4.5.1 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

Mehrmals jährlich finden CIRS-Meetings statt, in denen relevante Meldungen sowohl auf Gesamtspitalebene als auch innerhalb der einzelnen Meldekreise besprochen und weiterbearbeitet werden. Ziel dieser Treffen ist es, wirksame Massnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit abzuleiten und umzusetzen. Eine spezialisierte Fachgruppe widmet sich ausschliesslich CIRS-Meldungen aus dem Bereich Medikationsprozess, um dort besonders gezielt Verbesserungen zu erzielen. Für alle neu eintretenden Mitarbeitenden werden CIRS-Schulungen durchgeführt, um ein gemeinsames Verständnis für die Bedeutung des Meldesystems zu schaffen. Zudem werden ausgewählte CIRS-Fälle intern publiziert, um das organisationsweite Lernen zu fördern. Als integraler Bestandteil des Risikomanagements trägt CIRS wesentlich dazu bei, aus Fehlern und Beinahe-Schäden systematisch zu lernen und die Sicherheitskultur im Spital kontinuierlich weiterzuentwickeln.

4.5.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgenden PROM-Messungen durchgeführt/geplant:					
Krankheitsbild	Leistungsbereich	Behandlungspfad(e)/Klinik(en)	Verwendete Score(s)	Seit/Ab	Kommentare
Hüft- und Knie TP	Bewegungsapparat chirurgisch	Orthopädie / Traumatologie	EQ-5D-5L, HOOS-12, KOOS-12,	seit September 2023 in digitaler Form (vorher nicht digital)	Der o.g. Fragebogen wurde mit Fragen aus dem HOOS-12 und KOOS-12 ergänzt
Herzinsuffizienz	Herz	Kardiologie / Herzinsuffizienz	Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire	01/2025	Der o.g. Fragebogen wurde mit Fragen aus der Erfassung zum Selbstpflegeverhalten ergänzt

4.6 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

		siris-spine.com/	
srrqap Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Stadtspital Zürich Waid, Institut für Nephrologie -- srrqap www.swissnephrology.ch	k.A.
SSR Swiss Stroke Registry	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Phys.Med. u. Rehabilitation, Herz- und thorak. Gefässchir., Kardiologie, Endokrinologie/Diabetologie, Radiologie, Angiologie, Intensivmedizin, Rheumatologie, Gefässchirurgie	Clinical Trial Unit, Departement Klinische Forschung, Universitätsspital und Universität Basel Schanzenstrasse 55 4031 Basel dkf.unibas.ch/de/kompetenzen/register-und-kohorte... dkf.unibas.ch/de/home/	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/

4.7 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 vorher ISO 9001:2008 bzw. ISO 9001:2000	Gesamtes Spital	2004	2025	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 Überwachungs-evaluationen statt
REKOLE	Finanzen	2014	2026	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

Erhebung der Patientenerfahrung

5 Patientenerfahrung

PREMs (Patient Reported Experience Measures) machen die Patientenperspektive sichtbar und zeigen, wie Patientinnen und Patienten die erbrachten Gesundheitsleistungen erleben. Die Befragungsergebnisse bieten den Spitälern und Kliniken eine verlässliche Basis, um Massnahmen zur Qualitätsverbesserung anzustossen, ihre Dienstleistungen weiterzuentwickeln und die Patientenzentriertheit zu stärken.

5.1 Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik

Seit Herbst 2025 ersetzt der Fragebogen Swiss PREMs Acute Care den bisherigen ANQ-Kurzfragebogen. Beim Swiss PREMs handelt es sich um ein differenziertes Befragungsinstrument zur Erhebung der Patientenerfahrung, das in einem aufwändigen Verfahren ausgewählt, gezielt angepasst und in Pilotmessungen getestet wurde.

Der Swiss PREMs Acute Care fragt folgende relevanten Dimensionen ab: Aufnahme/Eintritt, Information/Kommunikation, Pflegepersonal, Ärzteschaft und andere Mitarbeitende, Einbezug in Entscheidungsprozesse, Organisation/Abläufe und Wartezeiten, Vertrauen/Sicherheit bezüglich Behandlung/Betreuung und Aufenthalt, Medikation, Austrittsmanagement. Befragt werden alle Erwachsenen (≥ 16 Jahre), die das Spital oder die Klinik in einem bestimmten Zeitfenster (Erhebungszeitraum) verlassen.

Die Messung erfolgte erstmals im Herbst 2025 und danach im 2-Jahres-Rhythmus.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Zuger Kantonsspital AG](#)

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Ergebnisse der Befragungen liegen weiterhin auf einem sehr hohen Niveau. Im Benchmark positioniert sich das Zuger Kantonsspital in den meisten Bereichen deutlich oberhalb vergleichbarer Spitäler. Für das Jahr 2026 ist die Einführung einer kontinuierlichen Messung der Patientenzufriedenheit sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich vorgesehen.

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Zuger Kantonsspital AG

Qualitätsmanagement

Daniel Scholz

Leiter Qualitätsmanagement

041 399 44 78

daniel.scholz@zgks.ch

Täglich, ausser Freitags

*Wir sprechen von Feedback-Management,
nicht mehr von Beschwerdemanagement*

7 Mitarbeitendenzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeitendenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden das Spital als Arbeitgeber/in und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Befragung Mitarbeiter

Messung der Zufriedenheit der Mitarbeitenden und mögliche Schwachpunkte erkennen wo sich das ZGKS als Arbeitgeber verbessern kann.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir vom 13.10.2025 bis 30.11.2025 durchgeführt.
Die Befragung wurde im gesamten Spital durchgeführt.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Messergebnisse

567 Mitarbeitende haben an der Umfrage teilgenommen.

93 Prozent empfehlen uns als Arbeitgeber.

Die Befragung zeigt Verbesserungspotenzial auf, das wir im Laufe des aktuellen Jahres analysieren und Massnahmen ableiten.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	extern über Anbieter SQQ

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Befragung Zuweiser

Im Rahmen der Zuweiserbefragung wurde erhoben, wie zufrieden die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte mit den Leistungen und Prozessen des Zuger Kantonsspitals sind und in welchen Bereichen Optimierungspotenzial besteht. Die Befragung umfasste folgende Themenfelder:

- *Zusammenarbeit insgesamt*
- *Erreichbarkeit der Ansprechpersonen*
- *Qualität und Verständlichkeit der Berichte*
- *Qualität der medizinischen Behandlung*
- *Häufigkeit für Zuweisungen an das ZGKS*

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 16.09.2025 bis 10.10.2025 durchgeführt.

Die Befragung wurde an 246 zuweisende Ärztinnen und Ärzte verschickt, die seit Januar 2025 mindestens 3 Zuweisungen getätigt haben.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Messergebnisse

*Insgesamt gingen **37 Rückmeldungen** von zuweisenden Ärztinnen und Ärzten ein. Die Ergebnisse zeigen eine hohe Zufriedenheit mit den Leistungen des Zuger Kantonsspitals: **33 Befragte** beurteilen die Zusammenarbeit als gut oder sehr gut, und **30 Teilnehmende** schätzen die Qualität der medizinischen Behandlung entsprechend positiv ein.*

*Als zentrale Verbesserungsbereiche wurden die **zeitnahe Zustellung von Austritts- und Laborberichten** sowie der Wunsch nach **häufigeren patientenbezogenen Rücksprachen** identifiziert. Insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte wünschen sich eine engere Abstimmung im Behandlungsverlauf.*

*Um diese Anliegen aufzugreifen, plant das Zuger Kantonsspital gemeinsam mit dem Systemlieferanten die **Automatisierung der Berichterstattung** zum Beginn und Abschluss stationärer Aufenthalte. Zudem sollen **Laborberichte künftig zeitnaher** übermittelt werden. Aus Qualitätsgründen hält das Spital weiterhin daran fest, ausschliesslich **definitive, kaderärztlich geprüfte und visierte Austrittsberichte** zu versenden.*

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen sind wie folgt definiert:

- akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen
- die während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auftreten
- nicht Bestandteil der bisherigen Behandlung sind
- geplante Rehospitalisationen werden nicht berücksichtigt

Ab dem BFS-Datenjahr 2020 verwendet der ANQ die Methode «Ungeplante Rehospitalisationen – CH Methode». Diese Methode lehnt sich an den Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) an und wurde für die Schweizer Verhältnisse mittels einer Studie angepasst und validiert. Die Unterscheidung zwischen ungeplanten und geplanten Rehospitalisationen erfolgt mittels eines Algorithmus. Der SpiGes Datensatz (ab Daten 2024) dient als Datengrundlage für die Bildung und Auswertung der ungeplanten Rehospitalisationen. Insgesamt werden 13 Indikatoren ausgewertet, für die transparente Publikation eignen sich nur die folgenden 6 Indikatoren:

- Spitalweite ungeplante Rehospitalisationen
- Chirurgisch-gynäkologische Kohorte
- Kardiorespiratorische Kohorte
- Kardiovaskuläre Kohorte
- Neurologische Kohorte
- Sonstige Kohorte

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Zuger Kantonsspital AG](#)

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Der vermeintliche Anstieg der Rehospitalisationen in der Kardiorespiratorische Kohorte sowie der Neurologische Kohorte wurde mittels Einzelfallanalyse überprüft. Die einzelnen Fälle konnten plausibel erklärt werden; es zeigten sich keine Hinweise auf ungewöhnliche oder qualitativ bedenkliche Rehospitalisationen.

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

Im Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie werden alle in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein implantierten künstlichen Knie- und Hüftgelenke registriert. Eingeschlossen sind alle Eingriffe mit Totalprothesen und Teilprothesen, jedoch keine Osteosynthesen. Dabei werden nur die Daten von Patientinnen und Patienten erfasst, die ihr schriftliches Einverständnis zur elektronischen Datenverarbeitung im SIRIS Register gegeben haben. Die SIRIS Stiftung führt das Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie im Auftrag des ANQ.

Bei der Auswertung der Registerdaten stehen die sogenannten 2-Jahres-Revisionsraten im Fokus. Die Raten weisen den Anteil an Folgeoperationen (Revisionen) innerhalb von zwei Jahren nach der ersten Implantation aus und werden für bestimmte Zeitintervalle berechnet. Der ANQ publiziert jährlich die risikoadjustierten 2-Jahres-Revisionsraten für Hüft- und Knie totalprothesen bei primärer Arthrose. Die Berichtsperiode der Publikation beinhaltet jeweils die Anzahl der beobachteten Eingriffe über einen Zeitraum von vier Jahren.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) und www.siris-implant.ch verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Zuger Kantonsspital AG](#)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

11 Infektionen

11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen

Bei einer Operation wird die schützende Hautbarriere unterbrochen. Gelangen Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen können das Patientenwohl beeinträchtigen und zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes oder einer Rehospitalisation führen.

Swissnoso führt, im Auftrag des ANQ, Wundinfektionsmessungen nach den folgenden Operationen durch:

- Appendektomie (Blinddarmentfernung)
- Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung)
- Colonchirurgie (Dickdarmchirurgie)
- Rektumoperation (Enddarmoperation)
- Magenbypassoperation
- Sectio caesarea (Kaiserschnitt)
- Hysterektomie (Gebärmutterentfernung)
- Laminektomie mit und ohne Implantat (Wirbelsäulenchirurgie)
- Herzchirurgie
 - Aorto-koronarer Bypass (CABG)
 - Klappenersatz
- Elektive Hüftgelenksprothese
- Elektive Kniegelenksprothese
- Gefässchirurgische Eingriffe an Arterien der unteren Extremitäten (VASCAMI)

Jeder Spital- und Klinikstandort ist verpflichtet, bei Erwachsenen mindestens drei der oben aufgeführten Operationsarten zu überwachen. Die Überwachung von colonchirurgischen Eingriffen (Dickdarmchirurgie) ist für Spitäler mit entsprechendem Angebot verbindlich. Die anderen Eingriffsarten können frei gewählt werden. Bei den gewählten Eingriffsarten ist eine Vollerhebung obligatorisch.

Bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre ist zudem die Erfassung von Appendektomien (Blinddarmentfernungen) obligatorisch.

Der klinische Verlauf wird während und nach dem Spitalaufenthalt systematisch durch medizinische Unterlagen und standardisierte Nachbefragungen verfolgt. Der Beobachtungszeitraum beträgt 30 Tage bei Operationen ohne und 90 Tage bei Operationen mit Fremdmaterial. Die Diagnose erfolgt nach internationalen CDC-Kriterien, die zwischen oberflächlichen und tiefen Infektionen an der Schnittstelle sowie Organ- oder Hohlrauminfektionen unterscheiden.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem [Webportal des ANQ](#) und bei [Swissnoso](#) verfügbar.

Zu den Messergebnissen: [Zuger Kantonsspital AG](#)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Im Jahr 2025 zeigt sich am ZGKS erneut ein erfreuliches Bild hinsichtlich der Wundinfektionsraten. Die im Vorjahr erstmals signifikant tiefere Infektionsrate bei Sectio caesarea konnte bestätigt werden und liegt weiterhin unter dem schweizweiten Durchschnitt. Dies unterstreicht die stabile Prozessqualität in diesem Bereich.

In der Kolonchirurgie wurde das zuvor signifikant tiefere Infektionsrisiko nicht erneut erreicht. Die beobachteten Fälle betrafen jedoch ausschliesslich oberflächliche Infektionen mit geringer Morbidität. Aufgrund der kleinen Fallzahlen und des Fehlens tiefer oder Organ/Space-Infektionen ergab sich kein signifikanter Unterschied zum Gesamtkollektiv. Bei den übrigen überwachten Eingriffen zeigen sich – wie im Vorjahr – keine statistisch relevanten Abweichungen zu anderen Spitälern.

Die OP-Dauer und das korrekte Timing der perioperativen Antibiotikaprophylaxe bleiben zentrale Faktoren zur Prävention postoperativer Infektionen. Am ZGKS liegt die Compliance im optimalen Zeitfenster von 0–60 Minuten bei drei von vier Eingriffsarten bei $\geq 90\%$, bei der vierten bei 88.5%. In zwei Eingriffsarten werden signifikant bessere Werte erzielt als im Gesamtkollektiv. Aufgrund der bereits hohen Vorjahreswerte ist eine weitere signifikante Steigerung nur begrenzt möglich; Ziel bleibt die stabile Einhaltung von $> 90\%$.

Die hohe Compliance in den relevanten Präventionsprozessen sowie die tiefen bzw. tief-normalen Wundinfektionsraten zeigen, dass aktuell kein zusätzlicher Verbesserungsbedarf besteht. Der Fokus liegt auf der konsequenten Sicherung der etablierten Standards.

Bemerkungen

Trotz der bereits sehr guten Resultate wurde im Jahr 2024 ein interdisziplinäres Konzept zur Prävention perioperativer Hypothermie erarbeitet. Dieses wurde 2025 im klinischen Alltag implementiert. Die Massnahme ergänzt die bestehenden Präventionsstrategien und soll langfristig zu einer weiteren Reduktion des Infektionsrisikos beitragen.

12 Stürze

Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung ab 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 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.

Im Frühjahr 2025 haben 69 Spitäler/Kliniken an der freiwilligen Pilotmessung Sturz und Dekubitus teilgenommen, basierend auf strukturierten KIS-Daten.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie auf dem [Webportal des ANQ](#).

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 ist 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 die Sturzrate niedrig zu halten und sie regelmässig auszuweisen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Auf allen stationären Abteilungen.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Es werden alle Stürze mittels eines Sturzprotokolls festgehalten und eingeschlossen.

Messergebnisse

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Sturzrate, berechnet durch Hospitalisationsdauer und Anzahl der Stürze, im Jahr 2025 im Vergleich zu den vorhergehenden Jahren leicht steigend ist. Die Zielprävalenz von 3%, die das ZGKS definiert hat, wurde weiterhin unterschritten. Weiterhin wird angestrebt, die Anzahl der Stürze durch gezielte Massnahmen und Entwicklungen weiter zu reduzieren. Dazu gehört die Implementierung des überarbeiteten Sturzprotokolls ab Mitte 2024. Ausserdem wurde die im 2024 neu aufgebaute Fortbildung zum Thema Sturz und Sturzprophylaxe für Pflegefachpersonen zweimal durchgeführt. Das 2023 gestartete Projekt „Mobilitäts-Monitoring-System Qumea“ zur Verhinderung von Stürzen wurde 2025 in weiteren Zimmern installiert.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

13 Dekubitus

Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung ab 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 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.

Im Frühjahr 2025 haben 69 Spitäler/Kliniken an der freiwilligen Pilotmessung Sturz und Dekubitus teilgenommen, basierend auf strukturierten KIS-Daten.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie auf dem [Webportal des ANQ](#).

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 die Dekubitusrate niedrig zu halten und sie regelmässig auszuweisen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.
Auf allen stationären Abteilungen.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Insgesamt wurden 109 Dekubitalulcera mittels Dekubitusprotokoll gemeldet.

Messergebnisse

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Dekubitusprävalenz im Jahr 2025 im Vergleich zu den Vorjahren fast gleichgeblieben ist. Es werden gezielte Massnahmen zum Erhalt und zur Weiterentwicklung einer evidenzbasierten Dekubitusprophylaxe umgesetzt. Dazu zählt der Aufbau einer Fortbildung zum Thema lokale Wundbehandlung, in die das Thema Dekubitus integriert wurde. Die Fortbildung wird zweimal im Jahr von einer Wundexpertin durchgeführt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Weitere Qualitätsaktivitäten

16 Weitere Qualitätsmessung

16.1 Weitere eigene Messung

16.1.1 Monitoring Sectiones (Akutsomatik)

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 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	

17 Projekte im Detail

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

17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

17.1.1 s. unter Kapitel 3 und 4

s. Details unter Kapitel 3 und 4

17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

17.2.1 s. unter Kapitel 3 und 4

s. Details unter Kapitel 3 und 4

17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

17.3.1 s. unter Kapitel 3 und 4

s. Details unter Kapitel 3 und 4

18 Schlusswort und Ausblick

Unser Handeln bleibt auch in den kommenden Jahren konsequent darauf ausgerichtet, in den Bereichen Patientensicherheit, Behandlungs- und Pflegequalität sowie Patientenzufriedenheit höchste Standards zu erfüllen und bestmögliche Ergebnisse zu erzielen. Die Entwicklungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass wir als Organisation bereit sind, uns stetig weiterzuentwickeln, neue Anforderungen aktiv anzunehmen und Qualität als gemeinsamen Auftrag zu verstehen.

Mit den anstehenden Zertifizierungen, der zunehmenden Digitalisierung, dem Ausbau von PROMs, der Stärkung interprofessioneller Zusammenarbeit und der fortlaufenden Optimierung unserer Prozesse setzen wir klare Schwerpunkte für die Zukunft. Gleichzeitig werden nationale Qualitätsmessungen, Registerdaten und Peer Reviews uns dabei unterstützen, unsere Leistungsqualität transparent zu reflektieren und gezielt weiterzuentwickeln.

Qualität bleibt damit kein Zustand, sondern ein kontinuierlicher Prozess – getragen von engagierten Mitarbeitenden, einer lernorientierten Kultur und dem Anspruch, unseren Patientinnen und Patienten jederzeit eine sichere, wirksame und menschliche Versorgung zu bieten.

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)
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 34. Woche und \geq 2000g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

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



Die Qualitätsmessungen des ANQ wurden aufgenommen und sind im Qualitätsbericht beschrieben.

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.