

# Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

30.05.2023  
Rolf Huck, Vorsitz Klinikleitung / VR-Präsident

Version 1

**Palliativzentrum Hildegard**

[www.pzhi.ch](http://www.pzhi.ch)



**Akutsomatik**

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2022.

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 wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind 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.

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2022

Frau  
Henriette Duvé Kreienbühl  
Verantwortlich Zentrale Dienste  
061 319 75 63  
[henriette.kreienbuehl@pzhi.ch](mailto:henriette.kreienbuehl@pzhi.ch)

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

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken auch in herausfordernden Zeiten zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen, mit der H+ Qualitatsberichtsvorlage, eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) bertragen werden können.

Die Covid-19-Pandemie hatte im Jahr 2022 weiterhin einen Einfluss auf die Spitäler und Kliniken. Zur Entlastung wurde während der anspruchsvollen Wintermonate die nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen ausgesetzt. Die Messungen der Wundinfektionen, mit und ohne Implantate, konnten zudem erstmals zeitgleich durchgeführt werden.

Der ANQ konnte die nationalen Patientenzufriedenheitsbefragungen, die nun pro Fachbereich jeweils im Zweijahres-Rhythmus stattfinden, in der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgreich durchführen. In der Akutsomatik fand im Jahr 2022 regulär keine nationale Befragung statt.

Im Jahr 2022 hat sich der ANQ zu einem Methodenwechsel bei der Erfassung von Rehospitalisationen entschieden. Neu werden diese mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ausgewertet. Erste Ergebnisse, basierend auf den BFS-Daten 2021, werden dann im Qualitätsbericht 2023 ausgewiesen.

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken, in der aktuellen Berichtsvorlage, erstmals die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten.

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

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen .....	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	16
4.5 Registerübersicht .....	16
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	17
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>18</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>19</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>19</b>
5.1 Eigene Befragung .....	19
5.1.1 Ihre Meinung ist uns wichtig .....	19
5.2 Beschwerdemanagement .....	19
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>20</b>
6.1 Eigene Befragung .....	20
6.1.1 Ihre Meinung ist uns wichtig .....	20
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>21</b>
7.1 Eigene Befragung .....	21
7.1.1 Stimmungsbarometer .....	21
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>22</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>10 Operationen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>11 Infektionen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>12 Stürze</b> .....	<b>22</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	22
12.2 Eigene Messung .....	23
12.2.1 Sturzstatistik .....	23
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>24</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	24
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> .....	<b>26</b>
15.1 Eigene Messung .....	26
15.1.1 ESAS .....	26
<b>16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung .....</b>	<b>27</b>
17.1	Weitere eigene Messung .....	27
17.1.1	Dekubitus .....	27
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>28</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	28
18.1.1	KIS Aufbauen .....	28
18.1.2	Moderne Räumlichkeiten .....	28
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022 .....	28
18.2.1	Optimierung der Hygienemassnahmen .....	28
18.2.2	Interne Weiterbildungsplanung optimiert .....	28
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	28
18.3.1	Re-Zertifizierung 2024.....	28
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>29</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>30</b>
Akutsomatik .....		30
<b>Herausgeber .....</b>		<b>31</b>

## 1 Einleitung

Das Palliativzentrum Hildegard wurde 1983 als erstes Hospiz in der deutschsprachigen Schweiz unter dem Namen Hildegard Hospiz ins Leben gerufen. Die Institution versteht sich jetzt als moderne Klinik für spezialisierte Palliative Care und wurde 2013 in Palliativzentrum Hildegard umbenannt. Im Zentrum steht die Pflege unheilbarer und chronischer Erkrankungen sowie die professionelle Betreuung von Menschen mit unheilbaren fortgeschrittenen Krankheiten.

Palliative Care bietet den Betroffenen trotz schwerer Krankheit ein möglichst schmerzfreies Leben und damit ein höchstmögliches Mass an Lebensqualität bis zuletzt. Dazu setzen wir neueste medizinische, psychologische und ethische Erkenntnisse ein.

Unsere Arbeit verstehen wir als eine früh- und rechtzeitige Begleitung in komplexen Lebenssituationen und als Lebenshilfe bis zum Lebensende. Beschwerden werden dabei möglichst optimal gelindert, ohne die Patient:innen durch die Behandlung zusätzlich zu belasten. Dabei stehen die ganzheitlichen Behandlungen belastender physischer und psychischer Symptome sowie der uneingeschränkte Respekt vor dem Willen der Betroffenen im Vordergrund.

Ein Ziel der Arbeit des behandelnden Teams des Palliativzentrums Hildegard ist es, wenn möglich eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Patient:innen zu erreichen. Insbesondere betrifft dies Patient:innen nach Chemo- oder Radiotherapie, bei fortschreitenden oder unheilbaren Erkrankungen oder bei schwer ausgeprägten Organerkrankungen.

Unserer Massnahmen soll die Rückkehr in die heimische Umgebung ermöglichen.

Dort steht den Betroffenen mit MPCT (Mobiles Palliative Care Team) ein jederzeit abrufbarer Dienst zur Verfügung, der sowohl die Patient:innen in ihrem heimischen Umfeld, die An- und Zugehörigen als auch deren Hausärzte und Hausärztinnen bei Bedarf unterstützt.

Die Betreuung schwerkranker Menschen im heimischen Umfeld kann physisch und psychisch für die An- und Zugehörigen sehr belastend sein. Um so wichtiger ist der Dienst des MPCT's. Bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes steht das Palliativzentrum Hildegard aber jederzeit offen für eine Wiederaufnahme und bietet so den Vorteil einer bereits vertrauten Umgebung.

Die Behandlung und Begleitung von schwerstkranken Menschen in ihrer letzten Lebensphase erfordert ein gut ausgebildetes interdisziplinäres Team aus Fachpersonen mit umfassender Kompetenz in den Bereichen Palliativmedizin, Pflege, psychologischer - sozialer Betreuung und Seelsorge.

Seitens des Pflorgeteams beschäftigt das Palliativzentrum Hildegard professionelles in der Palliativpflege ausgebildetes und langjähriges Pflegefachpersonal. Auf der ärztlichen Seite ist ein Team von Fachärzten und Fachärztinnen in den Disziplinen Palliativmedizin, Anästhesie, Psychoonkologie sowie psychosoziale und psychosomatische Medizin, Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Das ganze Ärzteteam ist bezüglich Palliative Care speziell weitergebildet und verfügt über praktische, z.T. langjährige Erfahrung in Palliativmedizin.

Insgesamt belegt das Palliativzentrum Hildegard mit seinen komplexen Patient:innen eine Sonderstellung in der Spitallandschaft. Unsere Erfahrungen geben wir gerne weiter, um die Anliegen von Palliative Care im Rahmen der Umsetzung der Strategie des Bundes auf kantonaler Ebene deutlich zu machen und zu fördern. Dies geschieht durch das Angebot von Schulungen des Levels A1, A2 und B1 im BZG, der Spitex Basel und die Studie CAS Universität Basel.

Im Jahr 2014 wurde das Palliativzentrum Hildegard durch Palliative.ch zertifiziert. Eine Rezertifizierung erfolgte Ende 2024 mit Audit Ende 2023.

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

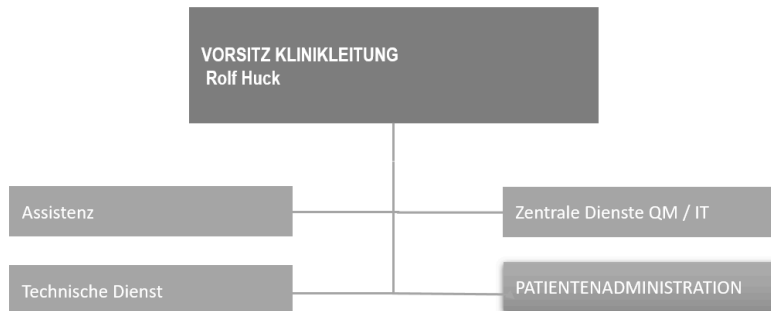
## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

PROZESS  
L006-2 ORGANIGRAMM KL VORSITZ

PROZESSVERANTWORTUNG  
KLINIKLEITUNG

PALLIATIVZENTRUM  
**HILDEGARD**



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **40** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Henriette D Kreienbühl  
Verantwortung Zentrale Dienste  
061 319 75 63  
[henriette.kreienbuehl@pzhi.ch](mailto:henriette.kreienbuehl@pzhi.ch)

Frau Henriette D Kreienbühl  
Verantwortung Zentrale Dienste  
061 319 75 63  
[henriette.kreienbuehl@pzhi.ch](mailto:henriette.kreienbuehl@pzhi.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Um die Qualität unseres Angebotes sicherzustellen und stetig zu verbessern, überprüfen wir unsere Arbeit systematisch und setzen uns permanent für eine Optimierung ein. Im September 2014 ist unsere Einrichtung erstmalig zertifiziert und mit dem Label Qualität in Palliative Care ausgezeichnet worden. Im Dezember 2021 wurde die Gültigkeit des Zertifikats von Edelcert mittels Zwischenaudit bis 2024 verlängert.

In Bezug auf die Anforderungen des ISO 9001 Audit Stage 1 würden alle erfüllt.

Eine gute Vernetzung mit anderen Institutionen in Basel-Stadt sowie mit unseren Nachbar-Kantonen ist uns wichtig. Die Kooperation mit dem Universitätsspital Basel ist Teil unserer Qualitätsstrategie. Die konsiliarischen Einsätze und die ambulante Versorgung durch das mobile Palliative Care Team (MPCT) in Zusammenarbeit mit der Spitex ist intensiviert und ein fester Bestandteil unseres Aufgabenbereiches geworden.

Das PZHI bietet auch Ausbildungsplätze für HF an. Im Rahmen der Ausbildung der Medizinstudenten beteiligen wir uns als Institution in regelmässigen Abständen.

Qualität ist ein Standard-Traktandum im Rahmen der Klinikleitungssitzung. Um die Qualitätsziele noch besser angehen zu können, arbeiten wir im Netzwerk der Qualitätsbeauftragten aller Basler, Baselbieter und Solothurner Spitäler und mit einigen Wohn- und Pflegeheimen konstruktiv zusammen.

Den Patient:innen, den An- und Zugehörigen steht die Ombudsstelle Spitäler Nordwestschweiz zur Verfügung.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

Epidemie / Pandemie Richtlinien (Corona)

Decubitus Messung

Mobile Palliative Care Team (MPCT) gefestigt und laufend erweitert

Interne und externe Weiterbildungsplanung



### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022

Epidemie / Pandemie Richtlinien wurde kontinuierlich angepasst unter Berücksichtigung der palliativen Situation. Trotz eingeschränkter Massnahmen konnten wir unsere Qualität halten, durch hohe Flexibilität unserer Mitarbeitenden und viele umsetzbare Ideen zum Wohle unserer Patient:innen. Die KVP Gruppe Stehungen wurden durch Corona minimiert. Themen wurden weiter gesammelt und bearbeitet. Der Umgang und die Massnahmenumsetzung mit Corona beanspruchten viel Zeit. Der Prozess verlief eher schriftlich.

Wir haben beschlossen auch Decubitus Messungen durchzuführen. Der Outcome war sehr positiv. Der Bereich des Mobilen Palliative Care Teams läuft und wird in Zusammenarbeit mit den Hausärzten, der Spitex und Wohn- und Pflegeheime rege genutzt.

In Anbetracht des geplanten Ausbaus für ein umfangreicheres und verlässlicheres mobiles Angebot hat das PZHI die ärztlichen Stellenprozente erhöht. Dies ermöglicht es dem MPCT einerseits auch den Bedürfnissen der Langzeitinstitutionen mehr Rechnung tragen zu können und andererseits die hausärztlichen Kolleg:innen bei der Mitbetreuung von Bewohner:innen dieser Einrichtungen zu unterstützen, sofern erforderlich und gewünscht.

Palliativ Sedierung war letztes Jahr ein Schwerpunkt und ist in unserem jährlichen internen Weiterbildungsprogramm aufgenommen. Dieses Weiterbildungsprogramm wurde generell überarbeitet. Die vom BZG angebotenen Basiskurse in Palliative Care Level A2, und B1, in Kooperation mit uns und HIP, laufen wieder nach Corona sehr gut an. PZHI und HIP sind für den fachlichen Inhalt verantwortlich, das PZHI koordiniert.

Das CAS Interprofessionelle Palliative Care, welches in Co-Leitung durch unseren Chefarzt mitbegründet wurde, konnte, trotz der Corona Einschränkungen, auch erfolgreich online durchgeführt werden. Der Kurs findet im Wechsel von Online und Präsenz statt.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Um unsere Erfahrung weiterzugeben und von der Rückmeldung anderer Institutionen zu profitieren, bauen wir unsere Aus- und Weiterbildungsangebote kontinuierlich aus.

Wir bieten weiterhin öffentliche Vorträge im Themenbereich Palliative Care an, die Vorträge werden laufend angepasst. Das Palliativzentrum Hildegard arbeitet auch im Gremium der Qualitätssitzung an einer engeren Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Palliativkliniken in den Kantonen (BS, BL), der Schweiz und im Ausland mit.

Das Palliativzentrum Hildegard sucht einen neuen Standort, um sowohl eine zeitgerechte Infrastruktur für unsere Patient:innen, die An- und Zugehörigen zu bieten, als auch den Einsatz moderner medizinischer und pflegerischer Techniken zu ermöglichen. Mit diesem Projekt werden einige qualitätsmässige Anpassungen anfallen.

Die Palliative Care befindet sich in einem sehr dynamischen Umfeld. In allen Bereichen werden Prozesse und Dokumente kontinuierlich angepasst, geschult und umgesetzt, besonders in Zusammenhang mit der Einführung von KIS.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

#### Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:

##### *Akutsomatik*

- Nationale Prävalenzmessung Sturz
- Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

#### Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:

- CIRS- Messungen (Zwischenfälle)

### 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>
▪ Ihre Meinung ist uns wichtig
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
▪ Ihre Meinung ist uns wichtig
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Sturzstatistik
<i>Psychische Symptombelastung</i>
▪ ESAS
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Dekubitus

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

##### Epidemie / Pandemie Richtlinie

<b>Ziel</b>	Der Umgang mit den Ereignissen in allen Bereichen, Erfassung von Problemen und Korrektur derselben, prospektives Vorgehen bei unvorhergesehenen Häufungen von Infekten.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamt Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	unbegrenzt
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Balance zwischen Verordnungen und ethische Grundhaltung
<b>Methodik</b>	PDCA
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	sämtliche, insbesondere Pflege, Ärzte, Küche und Hausdienst
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Evaluation und Überprüfung zusammen mit Hygieneverantwortlicher Firma Manfred Reinartz Hygienemanagement und Infektionsprävention Mumpf

##### KIS Aufbauen

<b>Ziel</b>	Alle Unterlagen der Patient:innen sind an einem Ort . Verbesserung der Behandlungsqualität
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Bereich Arzt, Bereich Pflege und Administration
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2022 - 2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Weg von Fall hin zu Patient:innen orientierte Datenerhebung. Arbeitsabläufe vereinfachen. Informationen holen und Bearbeitung ist für mehrere Bereiche / Personen gleichzeitig und zeitnah möglich.
<b>Methodik</b>	Projektverlauf
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Pflege, Administration
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Ende 2023

## Moderne Räumlichkeiten

<b>Ziel</b>	Zeitgerechte Infrastruktur für unsere Patient:innen, die An- und Zugehörigen. Einsatz moderner medizinischer und pflegerischer Techniken etc.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamt Klinik
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Start 2022
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Bestehendes Gebäude ist in die Jahre gekommen und Renovation zu gewünschte Bedingungen nicht möglich, konkurrenzfähig
<b>Methodik</b>	Projektverlauf
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	2024

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

## KVP

<b>Ziel</b>	Optimierung, Vereinfachung
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamt Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	2018, permanent
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Gesamtbetriebliches Engagement
<b>Methodik</b>	PDCA
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährlich

## Ereignismeldung

<b>Ziel</b>	Kultur "Aus Fehlern lernen"
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamt Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2014, permanent
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Abläufe optimieren, Sicherheit steigern
<b>Methodik</b>	PDCA
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährlich

## Re-Zertifizierung

<b>Ziel</b>	Erhalt Zertifikat
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamt Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2019-2024
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Kontinuierliche Verbesserung, Anerkannte Partner, konkurrenzfähig
<b>Methodik</b>	Externes Audit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Multi-professionelles Team
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Ende 2023 Audit für Zertifikat 2024

## Palliative Sedierung

<b>Ziel</b>	Optimale Behandlung den Patient:innen, Sicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Arzt und Pflege
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2020, permanent
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Alle betroffenen Mitarbeitenden sollen so geschult werden, dass sie in der Lage sind, Indikation, Massnahmen und notwendige Informationen zu kennen, zu verstehen und ggf. zu vermitteln.
<b>Methodik</b>	Schulung, Prozesse, Checklisten, Dokumenten
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Arzt, Pflege
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährlich

## Beschwerdemanagement

<b>Ziel</b>	Verbesserungspotentiale Optimieren
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamte Klinik (Vorgesehen für Patient:innen und die An- und Zugehörigen)
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2018, permanent
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Probleme erfassen und daraus Massnahmen zur Verbesserung einzuleiten. Es existiert eine statistische Erfassung.
<b>Methodik</b>	PDCA
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährlich

## OnkoZert (Tumorzentrum Universitätsspital Basel - Onkologisches zentrum)

<b>Ziel</b>	Erfüllung den Anforderungen des Palliativzentrum Hildegards
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Arzt und Pflege Bereich
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Audit 28.-29.08 22, Auditbericht 23.08.2023
<b>Begründung</b>	Kontinuierliche Verbesserung, Anerkannte Partner, konkurrenzfähig
<b>Methodik</b>	Externes Audit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Arzt- und Pflege Bereich
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährlich

#### 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 2014 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

Ereignisse und Massnahmen werden in Teamsitzungen besprochen. Mitarbeitende werden dadurch sensibilisiert. Schulung findet 2 Mal Jährlich statt, wo Konzept, Prozess, Dokumente und die letzten Statistiken vorgestellt werden.

#### 4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>MS</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	Seit Obligatorium



## 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
Label "Qualität in Palliative Care"	Palliativzentrum stationärer Bereich	2014	2021	gültig bis 2024
Label " OnkoZert"	Palliativzentrum stationärer Bereich	2016	2022	gültig bis 2024

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Eigene Befragung

##### 5.1.1 Ihre Meinung ist uns wichtig

Die Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patient:innen tragen dazu bei unsere Prose zu durchleuchten, damit wir uns kontinuierlich weiterentwickeln. Verbesserungen/Änderungen werden laufend von der Klinikleitung geprüft und bei Bedarf umgesetzt und eingeführt.

Die Patient:innen können zu folgenden Themen Rückmeldung abgeben: Erster Eindruck, ärztliche Betreuung, pflegerische Betreuung, andere Dienste, Unterkunft und Verpflegung. Sie haben die Möglichkeit Bemerkungen zu Vorschlägen/Kritik/Wünschen und Schlussbeurteilung zur Weiterempfehlungen abzugeben.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.  
In sämtlichen Bettenabteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Gesamtbeurteilung:

Von 3 bis 4 Stufen sind 90 % der Bewertungen im positivsten Bereich. Der Bereich Bemerkungen zu Vorschlägen/Kritik/Wünschen wird wenig genutzt.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

#### 5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

##### **Palliativzentrum Hildegard**

Beschwerdemanagementt

Rolf Huck

CEO /VRP

061 319 75 26

[rolf.huck@pzhi.ch](mailto:rolf.huck@pzhi.ch)

Montag bis Freitag

## 6 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patientinnen und Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

### 6.1 Eigene Befragung

#### 6.1.1 Ihre Meinung ist uns wichtig

Die Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Angehörigen tragen dazu bei unsere Prose zu durchleuchten, damit wir uns kontinuierlich weiterentwickeln.

Generell können die Angehörigen über die gleichen Themen Rückmeldungen abgeben, wie unsere Patient:innen (erster Eindruck, ärztliche Betreuung, pflegerische Betreuung, andere Dienste, Unterkunft und Verpflegung). Nur für die Angehörigen sind es 1) wie wurden Sie durch das Klinik-Team begleitet und 2) wie empfanden Sie die Unterstützung.

Auch können sie Bemerkungen zu Vorschlägen/Kritik/Wünschen und eine Schlussbeurteilung zur Weiterempfehlung abgeben.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.  
In Sämtlichen Bettenabteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Aufgrund der geringen Grösse des Betriebes und der daraus resultierenden geringen Fallzahlen, wird auf eine Publikation verzichtet.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Fragebogen
---	------------

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Stimmungsbarometer

Der Zufriedenheitsgrad der Mitarbeitenden

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2023.

Gesamt Klinik

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## Behandlungsqualität

### 12 Stürze

#### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

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

#### Messergebnisse

	2018	2019	2022
<b>Palliativzentrum Hildegard</b>			
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	37	24	41
In Prozent	8.37%	5.45%	9.13%
Residuum*	-0.21	-0.41	-0.1
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	41	Anteil in Prozent (Antwortrate)	
			100.00%

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

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

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

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

Insgesamt waren 432 Patient:innen im 2021 in stationärer Behandlung. 44 Patient:innen (10.2% ) stürzten 70 (16.2 %) mal .

2022 (Anzahl Pat. 449 ) sind weniger Menschen gestürzt als das Jahr davor (nur 41, 9,13 %), davon 8 mehrmals und 33 einmalig.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

## 12.2 Eigene Messung

### 12.2.1 Sturzstatistik

Das Ziel ist es herauszufinden, ob wir Stürze verhindern können.  
Gemessen werden aufgetretene Verletzungen, Tageszeit und Sturzhäufigkeit.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.  
Auf allen Bettenabteilungen  
Es gibt keine Ausschlusskriterien.

Insgesamt waren 432 Patient:innen in stationärer Behandlung. 44 Patient:innen ( 10.2% ) stürzten 70 mal . Drei Patient:innen stürzten mehrmals, trotz Massnahmen bzw, Sturz wurde in Abwägung Autonomie / Sicherheit in Kauf genommen.  
Keine Verletzungen ca 75 %, Leichte Verletzungen ca 25 %, es gab keine schwere Verletzungen.  
Stürze in der Nacht sind mit 42 % am häufigstn, am Tag und Nachmittag / Abend ähnlich hoch mit 31 respektiv 27 %.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Excel Tabelle

## 13 Dekubitus

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

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patientinnen und Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Dekubitus. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

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

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

#### Messergebnisse

Anzahl Patienten mit Dekubitus			2022	In Prozent
<b>Palliativzentrum Hildegard</b>				
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4		1	0.20%
	Residuum*, Kategorie 2-4		-0.02	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	449	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	0.00%	

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

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

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

Wir haben erst 2022 angefangen die Zahlen zu analysieren.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0



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

## 15 Psychische Symptombelastung

### 15.1 Eigene Messung

#### 15.1.1 ESAS

Das Ziel ist, die bestmögliche Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen zu erreichen. Mit ESAS wird die bio-psychosoziale und spirituelle Dimension der Patient:innen laufend geklärt und kann dadurch abgedeckt werden

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.  
Auf allen Bettenabteilungen, bei jeder Patient:in

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Symptomerfassung ESAS wird bei jedem Patienten / jeder Patientin Tag 1- 3 und dann wöchentlich vor IDR zur Evaluation für den Verlauf durchgeführt. Das Assessment ist ein sehr dynamisches Dokument, das laufend angepasst wird und essentiell ist für den internen Patient:innenbehandlungsplan.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Dekubitus

Wie können wir Dekubitus verhindern.

Das Wundprotokoll gibt Auskunft über den Schweregrad des Dekubitus. Daraus werden die Massnahme abgeleitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.  
Auf allen Bettenabteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Wir haben erst im 2022 angefangen die Daten zu sammeln und analysieren. Mit einem bei uns entstanden Decubitus, müssen wir unsere Massnahmen nicht ändern.

#### 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 KIS Aufbauen

Um Arbeitsabläufe in allen Bereichen zu vereinfachen werden wir KIS einführen. Datenerhebungen werden Patient:innen- und nicht fall-orientiert. Alle Daten (vor, während und nach Aufenthalt) sind schnell abrufbar und Doppelspurigkeiten werden minimiert. Für die standardisierten und individuellen Behandlungspläne gibt es einen deutlich besseren Überblick, der schneller zu Entscheidungen beiträgt mit verbesserter Behandlungsqualität.

Wir erhoffen uns, neben erhöhter Patient:innensicherheit, einen speditiveren und verbesserten Prozessablauf und Dokumentenqualität

#### 18.1.2 Moderne Räumlichkeiten

Um sowohl eine zeitgemässige Innenarchitektur für unsere Patient:innen, die An- und Zugehörigen anzubieten als auch das Spektrum der Einsatzmöglichkeiten moderner medizinischer und pflegerischen Einrichtungen / Techniken vergrössern zu können.

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

#### 18.2.1 Optimierung der Hygienemassnahmen

Die Corona-Richtlinien wurden kontinuierlich an sowohl die vom Bund als auch die kantonalen Vorgaben angepasst und bei neuen Erkenntnissen durch Fachperson Hygiene auf den neuesten Stand gebracht. Der Hygiene Ordner wird 2023 vollständig überarbeitet. Die Richtlinien wurden sämtlichen betroffenen Mitarbeitenden geschult.

#### 18.2.2 Interne Weiterbildungsplanung optimiert

In Zusammenhang mit dem Zwischenaudit 2021, die Anmeldung zu Rezertifizierung 2024 mit Audit Ende 2023 und einem Personalwechsel haben wir die interne Weiterbildung analysiert und angepasst.

Wichtige Themen werden dadurch präsent bei den Mitarbeitenden bleiben, Neuerungen erkannt und neue Mitarbeitende geschult.

### 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

#### 18.3.1 Re-Zertifizierung 2024

In November 2022 wird die Anmeldung nach vorgegebenen Dokumenten in die Wege geleitet. Unsere Prozesse und die dazugehörigen Dokumente werden überprüft, aktualisiert und kommuniziert. Betrifft unsere Ärzte, Pflegenden und Therapeuten

## 19 Schlusswort und Ausblick

Das Palliativzentrum Hildegard (Hildegard Klinik AG) legt sehr grossen Wert auf die ständige Qualitätsverbesserung der angebotenen Leistungen. Alle Mitarbeitenden im Palliativzentrum Hildegard sind davon überzeugt, dass eine Qualitätssteigerung nur durch eine kontinuierliche Überarbeitung und Aktualisierung der Abläufe zu erreichen ist. Deshalb ist Palliative Rezertifizierung ein motivierender Ansporn.

Kooperationen dienen der Vernetzung und Qualitätssicherung und werden weiter ausgebaut. Unter anderem wird der palliative Konsiliardienst vor allem für Hausärzte und Hausärztinnen sowie Alters- und Pflegeheime im Rahmen des MPCT weiter ausgebaut und das ambulante Angebot erweitert.

Das PZHI beteiligt sich aktiv durch die Teilnahme an den wöchentlich Tumorgesprächen (Onkologie sowie Gynäkologie) im USB an der frühzeitigen Planung zur Betreuung von palliativen Patient:innen.

Wir nehmen aktiv an der Basiswissensvermittlung von Palliative Care teil und stellen uns so ständig neuen fachlichen Fragestellungen.

Mit dem Abschluss der Zertifizierung Palliative CH ist unserem Haus im September 2014 und durch ein Rezertifizierungsaudit 2019 eine definierte Qualität einer anerkannten externen Stelle (Sanacert/Edelcert) bestätigt worden.

Auch den intensivierten Austausch durch die Übernahme von Fremdpraktika werdender Pflegefachpersonen und grosszügige Angebote von Hospitationen und ähnlichem, sind eine Form der Rückmeldung, die zu Qualitätsverbesserungen beitragen.

Der ständige, intensive Austausch innerhalb der Schweizer Palliativkliniken mit der einhergehenden engen Vernetzung wird längerfristig zusätzlich in einer Optimierung der Qualität resultieren.

Das Palliativzentrum Hildegard sucht einen neuen Standort. Dieser Umzug wird uns eine moderne Infrastruktur bieten, die zu einer Qualitätssteigerung für unsere Patient:innen, den An- und Zugehörigen und den Mitarbeitenden führen wird.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie

### Bemerkungen

Spezialisierte Palliative Care

## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

[www.samw.ch](http://www.samw.ch).