

Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

27.05.2024
Rebekka Hatzung, Direktorin

Version 1



Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2023.

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

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2023

Frau
Annette Kolb
Leitung Qualität & Zentrenkoordination
061 685 8684
annette.kolb@claraspital.ch

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

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

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	8
2.1 Organigramm	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	22
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	
4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)	22
4.5 Registerübersicht	23
4.6 Zertifizierungsübersicht	27
QUALITÄTSMESSUNGEN	29
Zufriedenheitsbefragungen	30
5 Patientenzufriedenheit	30
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	30
5.2 Eigene Befragung	32
5.2.1 Kontinuierliche Austrittsbefragung der Patientenzufriedenheit (stationär)	32
5.2.2 Laufende Kurzbefragung aller PatientInnen mittels QR-Code	33
5.2.3 Kontinuierliche Befragung nach ambulanten operativen Eingriffen	34
5.2.4 Kontinuierliche Austrittsbefragung der Patientenzufriedenheit (ambulant)	35
5.3 Beschwerdemanagement	36
6 Angehörigenzufriedenheit	37
6.1 Eigene Befragung	37
6.1.1 Feedback von Angehörigen	37
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	38
7.1 Eigene Befragung	38
7.1.1 Mitarbeiterbefragung	38
8 Zuweiserzufriedenheit	39
8.1 Eigene Befragung	39
8.1.1 Zuweiserbefragung	39
Behandlungsqualität	40
Messungen in der Akutsomatik	40
9 Wiedereintritte	40
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	40
10 Operationen	42
10.1 Eigene Messung	42
10.1.1 Komplikationsstatistik	42
11 Infektionen	43
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	43
12 Stürze	45
12.1 Eigene Messung	45
12.1.1 Sturzrate	45

13	Dekubitus	46
13.1	Eigene Messungen	46
13.1.1	Dekubituserfassung	46
	Messungen in der Psychiatrie	0
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
15	Symptombelastung psychischer Störungen Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
	Messungen in der Rehabilitation	0
16	Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
	Weitere Qualitätsaktivitäten	47
17	Weitere Qualitätsmessungen	47
17.1	Weitere eigene Messungen	47
17.1.1	Dauer in Tagen bis Berichtsversand (Akutsomatik)	47
17.1.2	Anzahl zusätzlicher Patiententage infolge fehlender Nachbetreuung (Akutsomatik)	47
18	Projekte im Detail	48
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	48
18.1.1	ClaraFlow - Business Process Re-Engineering	48
18.1.2	ClaraKIS - Einführung eines neuen Klinikinformationssystems	49
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023	50
18.2.1	Aufbau und Zertifizierung - Analkarzinomzentrum	50
18.2.2	Einführung eines neuen Meldeportals für CIRS, Ideen und Vigilance Meldungen	51
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	52
18.3.1	Aufbau Hernienzentrum	52
18.3.2	Aufbau hämatologisches Krebszentrum	52
18.3.3	Re-Zertifizierung des Brustzentrums nach Q-Label	53
19	Schlusswort und Ausblick	54
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	55
	Akutsomatik	55
	Herausgeber	57

1 Einleitung

Das Claraspital Basel ist ein privat geführtes, hochspezialisiertes Akutspital und unverzichtbarer Teil der Gesundheitsversorgung in Basel und der Nordwestschweiz.

Seit der Gründung obliegt die Trägerschaft des Claraspitals der Kongregation der barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz in Ingenbohl. Das Claraspital steht allen Patientinnen und Patienten offen und bekennt sich zu den christlichen Werten seiner Trägerschaft.

Es zeichnet sich durch eine hervorragende Behandlung und umfassende medizinische Kompetenzen aus, die mit dem Betreuungsstandard eines Privatspitals erbracht werden.

Wir haben uns medizinisch klar positioniert mit einem Tumorzentrum, dem universitären Bauchzentrum Clarunis, das gemeinsam mit dem Universitätsspital Basel betrieben wird, dem Auftrag für hochspezialisierte, viszeralchirurgische Eingriffe sowie den Spezialitäten Urologie, Pneumologie & Thoraxchirurgie, Kardiologie, Allgemeine Innere Medizin & Infektiologie, Endokrinologie mit Ernährungszentrum, Gynäkologie, Radiologie & Nuklearmedizin, Notfall- und Intensivmedizin.

Im Claraspital werden Patientinnen und Patienten interdisziplinär und multiprofessionell in zertifizierten und spezialisierten Zentren für Darmkrebs, Analkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Speiseröhrenkrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs und Nierenzellkrebs betreut. Drei engagierte zertifizierte urologische Partner-Praxen arbeiten mit dem Prostatakrebszentrum zusammen. Das Tumorzentrum verfügt zudem über eine zertifizierte Palliative Care Einheit. Des Weiteren ist die Hämatologie des Claraspitals von der internationalen MDS Foundation als MDS Center of Excellence zertifiziert und bietet Patientinnen und Patienten, die unter einem myelodysplastischen Syndrom (MDS) leiden, eine optimale Behandlung und Betreuung.

Weitere Zentren wie das zertifizierte Beckenbodenzentrum bieten Patientinnen und Patienten umfassende Kompetenzen bei spezifischen Beckenbodenerkrankungen. Das Spital ist zudem Referenzspital für Adipositas und betreut Patientinnen und Patienten in einem interdisziplinären Ernährungszentrum. Mit einem 24-Stunden-Notfall Betrieb leistet das Spital eine erweiterte Grundversorgung rund um die Uhr.

Die durch interne Befragung erhobene Patientenzufriedenheit lag in 2023 bei ausgezeichneten 93,8 % und hat im Vergleich zum Jahr 2022 nochmals 1% zugelegt.

Im Ranking des amerikanischen Nachrichtenmagazins «Newsweek» belegte das Claraspital unter den Schweizer Spitalern Rang 6 und wurde damit als zweitbestes nicht universitäres Spital der Schweiz und als bestes nicht universitäres Spital der Nordwestschweiz gelistet. Im globalen Vergleich zählt das Claraspital mit Rang 123 damit zu den besten 250 Spitalern der Welt. Grundlage dieser Bewertung sind Empfehlungen von medizinischen Expert/innen, Patientenbewertungen und medizinische Kennzahlen. Für ein gemeinnütziges Privatspital wie das Claraspital ist diese Platzierung ein ausgezeichnetes Ergebnis.

Seit Gründung des Spitals verstehen wir uns als lernende Organisation und sind Universitäres Lehr- und Forschungsspital sowie SIWF-zertifizierte Weiterbildungsstätte. Die Abteilung Forschung und klinische Dokumentation des Claraspitals hat als universitäres Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät Basel den Auftrag, Forschenden des Claraspitals eine optimale Infrastruktur zur Verfügung zu stellen. In diesem Sinne war die St. Clara Forschung AG im Jahr 2023 wieder sehr aktiv in den klar definierten Themenbereichen Onkologie, Chirurgie und Metabolismus.

Das vom Claraspital initiierte Begegnungszentrum CURA für chronisch Kranke und ihre Angehörigen blickt auf ein ausserordentlich erfolgreiches, viertes Betriebsjahr zurück: Rund 8'300 Kontakte wurden im 2023 verzeichnet, was einer Zunahme von 10 Prozent gegenüber dem Vorjahr entspricht (2022: 7'500 Besucher/innen). Der Erfolg und das hohe Interesse an CURA widerspiegelt den ungebrochen hohen Bedarf nach niederschweligen Beratungs- und sozialtherapeutischen Angeboten. Das fünfköpfige Expertenteam des Begegnungszentrums CURA erhält seit seiner

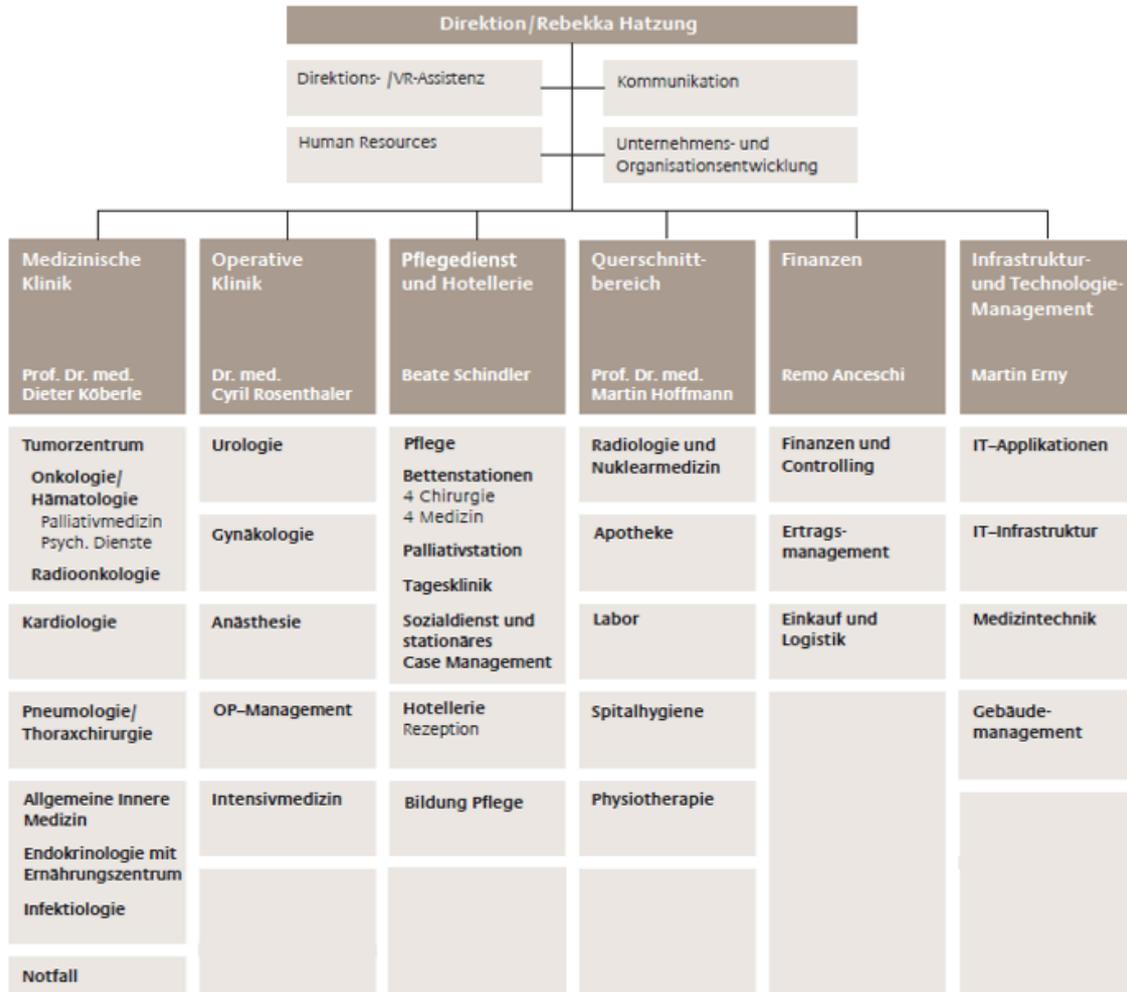
Eröffnung 2019 tatkräftige Unterstützung von elf freiwilligen Helfer/innen. Diesen wurde Ende vergangenen Jahres eine besondere Ehre zuteil: Am 2. November 2023 verlieh ihnen Beat Jans in seiner damaligen Funktion als Stadtpräsident von Basel den 51. Prix Schappo für ihr freiwilliges Engagement. Dank dem Wirken dieser Freiwilligen kann CURA chronisch kranke Menschen und ihre Angehörigen mit einem breiten Angebot dabei unterstützen, dass sie nicht vereinsamen, einen abwechslungsreichen Alltag mit unterschiedlichen Begegnungen erleben und Beratung in sämtlichen Fragen erhalten.

Das Claraspital pflegt erfolgreich und partnerschaftlich die Zusammenarbeit mit unseren Zuweisenden, Spezialisten, nachgelagerten Institutionen sowie mit allen Kooperationspartnern auf Leistungserbringerebene und werden dies auch weiterhin anstreben und ausbauen.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Die Fachbereiche Viszeralchirurgie und Gastroenterologie werden im Organigramm nicht ausgewiesen. Diese Fachbereiche werden gemeinsam mit dem Universitätsspital Basel im Kompetenzzentrum Clarunis - Universitäres Bauchzentrum Basel - betrieben.

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist in der Stabstelle Unternehmens- und Organisationsentwicklung eingegliedert, diese ist direkt der Spitaldirektorin unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **2.3** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Annette Kolb
Leitung Qualitätsmanagement
061 685 8684
annette.kolb@claraspital.ch

Frau Yvonne Keller
Qualitätsmanagerin
061 685 3094
yvonne.keller@claraspital.ch

3 Qualitätsstrategie

Unsere Qualitätsstrategie im Claraspital beruht auf dem Anspruch eine hervorragende medizinische und pflegerische sowie menschlich zugewandte Betreuung und Behandlung anzubieten. Wir setzen alles daran, damit Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen sich bei uns gut aufgehoben, ernst genommen und sicher fühlen und versuchen, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Damit wir das erreichen setzen wir vor allem auf:

- Patienten- und Kundenorientierung
- Prozessorientierung und Teamwork
- Vorbild des Kaders
- Einbezug aller Mitarbeitenden
- Kontinuierliche Verbesserung

Unser Qualitätsmanagement setzt am echten Bedarf an:

- Wir stellen die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt.
- Wir verbessern kontinuierlich wichtige Aspekte unserer Dienstleistungen.
- Wir gehen gezielt vor und streben nachhaltige Umsetzungserfolge an.

Ein aktives Qualitätsmanagement bedeutet Veränderung:

Für unsere Geschäftsleitung und Kadermitarbeitende gehört Qualität sichern, entwickeln und fördern zu einem permanenten Hauptanliegen ihrer Führungstätigkeit. Damit einher geht, dass das Qualitätsbewusstsein aller Mitarbeitenden zur Erbringung qualitativ hochstehender Leistungen in abteilungsübergreifender und interdisziplinärer Zusammenarbeit stetig gefördert wird und Mitarbeitende aktiv in Veränderungsprozesse mit einbezogen werden.

Qualitätsmanagement soll in allen Bereichen wirken und alle Mitarbeitenden in ihrer täglichen Arbeit unterstützen:

Denn ganzheitliche Qualität entsteht durch persönliche, individuell gerechte und professionell kompetente Behandlung, Pflege und Betreuung in guter Koordination und interdisziplinärer Zusammenarbeit.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023

- Umsetzung der ambulanten Patientenzufriedenheitsbefragungen
- Effektive und Effiziente Prozesse und Verzahnung des gesamten Patientenpfades
- Sicherstellung einer hohen interdisziplinären Qualität mit den Schwerpunktzentren (angemessen, effizient, leitlinienkonform) für das Jahr 2023 - Rezertifizierung Brustkrebszentrum und Viszeralonkologisches Zentrum, Überwachungsaudit Uroonkologisches Zentrum
- Das Ideenmanagement wird durch eine umfassende digitale Lösung unterstützt

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

- Seit August erhalten die ambulante Patientinnen & Patienten per E-Mail einen digitalen Fragebogen und können das Claraspital, hinsichtlich der organisatorischen Abläufe, Betreuung und Behandlung bewerten. Bis Ende Jahr haben wir bereits 955 Rückmeldungen auf diesem Weg erhalten und damit wertvolle Inputs zur Verbesserung als auch sehr viel Lob und Zuspruch für die Mitarbeitenden.
- Um einen Einblick in die aktuellen Prozesse des Patientenpfades von Anmeldung bis Austritt zu gewinnen, wurden insgesamt 7 Hospitationen im ambulanten Case-Management halbtages/ ganztagesweis durchgeführt. Die Erkenntnisse aus den Hospitationen wurden pro Case Management in einem Hospitationsbericht festgehalten. Nebst Prozessbeschreibung wurden nebst positiven Aspekten auch die optimierungswürdigen Themen beschrieben und mögliche Verbesserungsinitiativen aufgezeigt und mit den Teamleitungen besprochen sowie Massnahmen daraus definiert.
- Alle geplanten Zertifizierungen wurden erfolgreich und ohne Auflagen absolviert und haben so den beteiligten Disziplinen und Zentren ein hohes Mass an Kompetenz ausgesprochen.
- Das QM hat im vergangenen Jahr das bisherige KVP-Modul durch eine neue Softwarelösung ersetzt. Über das neue Meldeportal können die Mitarbeitenden des Claraspitals wie bisher via elektronischem Formular Ideen/Verbesserungsvorschläge erfassen und versenden. Mit der neuen Lösung ist nun ein besseres Massnahmentracking möglich, Gutachten sind integriert und Ideen können auf der Plattform prominent publiziert werden.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Unsere Qualitätsentwicklung beinhaltet vor allem:

- Fokus auf Prozessoptimierungen bzw. Neugestaltung von Prozessen unter Einbezug der digitalen Möglichkeiten
- Qualitätsbeeinflussende Innovationen aufgreifen und gezielt einsetzen
- Stärkung des Leistungsangebotes und Weiterentwicklung von wichtigen Kooperationen auf Leistungserbringerseite
- Aufrechterhaltung der Schwerpunkt-Zertifizierungen und damit verbunden weitere Organzentren-Zertifizierungen
- Qualitätsfördernde Kooperationsprojekte mit Partnern im Gesundheitswesen
- Kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Serviceleistungen in der Hotellerie
- Umsetzung von Qualitätsvorgaben seitens Bund und Kanton
- Nachweise der geforderten Qualitätsindikatoren jederzeit erbringen können
- Nutzung der digitalen Möglichkeiten in der interaktiven Kommunikation mit den Patienten und Patientinnen - Einführung von weiteren patientenzentrierten Befragungen zur Spitalerfahrung

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swisnoso Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Bemerkungen

Die nationale Messung Sturz & Dekubitus fand im Jahr 2023 nicht statt. Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige Messmethode der Universität Maastricht LPZ abzulösen.

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> Postoperative Wundinfektionen Swisnoso
<ul style="list-style-type: none"> Händehygiene-Compliance
<ul style="list-style-type: none"> Erhebung von PROMs
<ul style="list-style-type: none"> Critical Incident Reporting System (CIRS)
<ul style="list-style-type: none"> Indikatoren ANQ (siehe Kap. 4.1)

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontinuierliche Austrittsbefragung der Patientenzufriedenheit (stationär) ▪ Laufende Kurzbefragung aller PatientInnen mittels QR-Code ▪ Kontinuierliche Befragung nach ambulanten operativen Eingriffen ▪ Kontinuierliche Austrittsbefragung der Patientenzufriedenheit (ambulant)
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Feedback von Angehörigen

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Operationen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komplikationsstatistik
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sturzrate
<i>Dekubitus</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dekubituserfassung
<i>Weitere Qualitätsmessungen: Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dauer in Tagen bis Berichtsversand ▪ Anzahl zusätzlicher Patiententage infolge fehlender Nachbetreuung

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Weiterentwicklung des Brustzentrums am Claraspital

Ziel	Weiterentwicklung der "alles aus einer Hand" - Strategie - weitere Stärkung und Hinzunahme der Breast and Cancer Care Nurses für eine optimale Therapieplanung und Betreuung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Brustkrebszentrum
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2023 - 2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Niederschwellige und gute Erreichbarkeit für betroffene Patientinnen
Involvierte Berufsgruppen	Breast and Cancer Care Nurses, Ärzte des Brustzentrums, Case Management

Re-Zertifizierung Uroonkologisches Zentrum

Ziel	Stärkung der Uroonkologie und Zertifizierung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Urologie, Tumorzentrum, QM
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Re-Zertifizierung Viszeralonkologisches Zentrum

Ziel	Stärkung der Viszeralonkologie und Zertifizierung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Viszeralonkologie, Tumorzentrum, QM
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Einführung eines neuen Zuweiserportals

Ziel	Effiziente und effektive Kommunikationsplattform für den digitalen Datenaustausch mit Zuweisern
Bereich, in dem das Projekt läuft	Zuweisermanagement, Unternehmens- und Organisationsentwicklung
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Evaluation Aktivität / Projekt	Zuweiserbefragung

Einführung eines neuen Klinikinformationssystems (KIS) - ClaraKIS

Ziel	Die Effizienz (Steigerung des Wirkungsgrades) und Effektivität (das Richtige tun) in den medizinischen und pflegerischen Arbeitsprozessen wird gesteigert. Verbesserung der medizinischen & pflegerischen Behandlungsqualität, Sicherung Weiterentwicklung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2023 - 2026
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Das bestehende KIS ist ein hoch integriertes und individualisiertes System, welches die prozessualen und fachlichen Anforderungen der einzelnen Fachbereiche abdeckt. Die strategischen Vorgaben entsprechen einem best-of-breed Lösungsansatz. Der aktuelle KIS-Softwareanbieter hat «End-of-Life» für die zentralen Module angekündigt und bietet nur noch reduziert Weiterentwicklungen an. Die Wartung läuft voraussichtlich 2027 aus. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Komplettablösung des bestehenden KIS.
Methodik	10 Teilprojekte, externe Unterstützung, klassisches Projektmanagement, teilweise agil
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtes Personal
Evaluation Aktivität / Projekt	Abnahmekonzept, Übergabeprotokoll

ClaraFlow - Business Process Re-Engineering

Ziel	Durch Standardisierung, Reduktion von Verschwendungen und konsequenter Kundenorientierung die Qualität und Effizienz im Claraspital signifikant zu erhöhen.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024 - 2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Nachhaltige Verbesserungen im St. Claraspital
Methodik	Lean Management, Projektgruppen, externe Unterstützung
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtes Personal
Evaluation Aktivität / Projekt	Messung Auslastung und Durchlauf, Befragung, Begehungen

Implementierung eines neuen Dokumentenmanagementsystems (DMS)

Ziel	Dokumente effektiv speichern, organisieren, abrufen und verwalten -> höhere Effizienz bei täglichen Aufgaben im Zusammenhang mit der Dokumentenbearbeitung.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024 (2025)
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Kündigung des Wartungsvertrages des aktuellen DMS per Ende August 2023, Kosten
Methodik	Projektteam, Klassisches Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtes Personal
Evaluation Aktivität / Projekt	Befragung, Nutzungsstatistiken,

Erst-Zertifizierung Analkarzinomzentrum

Ziel	Erst-Zertifizierung der Behandlung des Analkarzinoms nach internationalen med. Leitlinien im bestehenden Viszeralonkologischen Zentrum in 2023
Bereich, in dem das Projekt läuft	Viszeralonkologisches Zentrum
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Stärkung Viszeralonkologisches Zentrum mit Analkarzinomzentrum
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte aus den betreffenden Fachdisziplinen (Radioonkologie, Viszeralchirurgie, Onkologie), Pflege, Therapeuten, Forschung, Datenmanagement und QM
Evaluation Aktivität / Projekt	Externe Begutachtung durch med. Fachexperten der dt. Krebsgesellschaft und erfolgreiche Zertifizierung. Das Projekt konnte erfolgreich abgeschlossen werden und das Analkarzinomzentrum am Claraspital erlangte als eines der ersten Zentren in der Schweiz die Zertifizierung nach den international anerkannten Standards der dt. Krebsgesellschaft.

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

CIRS - Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Ziel	Kritische Zwischenfälle erfassen, bewerten und Prozessabläufe kontinuierlich verbessern
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2007
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Vermeidung von patientenbezogenen Zwischenfällen
Methodik	Erfassung kritischer Zwischenfälle, Bearbeitung durch CIRS-Kommission - Definieren von Verbesserungsmassnahmen
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	CIRS-Fälle werden anonymisiert für die Mitarbeitenden als Lerneffekt im Spital veröffentlicht. In der Patientensicherheits- und Qualitätskommission werden CIRS Meldungen thematisiert und je nach Bewertung bzw. Bedarf Projekte initiiert.
Weiterführende Unterlagen	Richtlinie Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Qualitätskennzahlenreporting

Ziel	Monitoring der spitalinternen Qualitätskennzahlen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Überprüfung der Ist-Werte mit den gesetzten Sollvorgaben
Methodik	Kontinuierliche Erfassung und Bewertung der Qualitätskennzahlen aus den Abteilungen sowie Ableitung von Verbesserungsmassnahmen
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Bewertung durch die interne Qualitätskommission und Geschäftsleitung
Weiterführende Unterlagen	Richtlinie Qualitätsmanagement

Ideenmanagement - Vorschlagswesen

Ziel	Erkennen und Umsetzen von neuen Ideen und Optimierungen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2008
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Kontinuierliche Weiterentwicklung & Verbesserung
Methodik	Erfassen der Meldungen, Abklärung von Verbesserungsmöglichkeiten, Umsetzung
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Bewertung durch die interne Qualitätskommission und Geschäftsleitung
Weiterführende Unterlagen	Richtlinie Verbesserungsmanagement

Feedbackmanagement

Ziel	Die Anliegen unserer Patienten kennen und Massnahmen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einfliessen lassen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2002
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Erhöhung der Patientenzufriedenheit
Methodik	Erfassen der Meldungen, Abklärung von Verbesserungsmöglichkeiten, Umsetzung
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Bewertung durch die interne Qualitätskommission
Weiterführende Unterlagen	Richtlinie Umgang mit Wünschen und Beschwerden, Richtlinie Patientenzufriedenheit

Ambulantes Operieren am St. Claraspital - Evaluation und Prozessoptimierung

Ziel	effizienter patientenzentrierter Prozess vom Eintritt bis zum Austritt
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Operative Klinik (OP-Bereich), Pflegedienst, operierende Fachbereiche
Aktivität: Laufzeit (seit...)	2022
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Methodik	Ist-Analyse, Definition Soll-Prozesse und Umsetzung
Involvierte Berufsgruppen	Amb. Case Management, Pflegende und Ärzte der operativen Fachdisziplinen
Evaluation Aktivität / Projekt	Befragung der ambulant operierten Patientinnen und Patienten

Erfassung des Ernährungsstatus

Ziel	Erfassung und Behandlung von Mangelernährung
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2007
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	In einem Schwerpunktspital für Tumorbehandlung und Bauchchirurgie liefert der Ernährungsscore einen wichtigen Input zur richtigen interprofessionellen Behandlungsstrategie
Methodik	Nutritionsscore wird bei stationären Patienten erfasst
Involvierte Berufsgruppen	Pflegende, Ärzte, Ernährungsberatung
Evaluation Aktivität / Projekt	Monatliches Monitoring der Erfassung und Ableitung von entsprechenden Massnahmen und Leitlinien in der Ernährungskommission
Weiterführende Unterlagen	Richtlinie Klinische Ernährung

Onkologische Rehabilitation im neuen Hirzbrunnenhaus

Ziel	Zusammenarbeit mit ZurzachCare als neuer Partner für die onkologische Rehabilitation
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Tumorzentrum, Med. Klinik, Pflege, Hotellerie, Administration, IT, Team ZurzachCare
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2022
Begründung	Förderung der ganzheitlichen Versorgung über den Klinikaufenthalt hinaus

Händehygiene-Compliance

Ziel	Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Erhöhung der Patientensicherheit
Methodik	Kontinuierliche Erfassung der Händehygiene, Schulungen
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Evaluation erfolgt durch die Verbrauchsmessung der Händedesinfektionsmittel und über Begehungen.
Weiterführende Unterlagen	Händehygiene-Richtlinien

Optimierte Therapiedisposition Physiotherapie

Ziel	Prozessoptimierung Therapiedisposition Physiotherapie - Ablösung des bestehenden Terminvergabesystems mit zeitgleicher Optimierung der Prozesse zur Therapiedisposition
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Physiotherapie & IT/Administration
Aktivität: Laufzeit (seit...)	2022
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Übersichtliches und einfaches Terminmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Befragung der Patientinnen und Patienten

Patientensicherheit

Ziel	Förderung der Sicherheitskultur
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2010
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Kontinuierliche Optimierung der Patienten- und Medikamentensicherheit im Haus
Methodik	Gezielte Patientensicherheitsprojekte und Einsatz bewährter Patientensicherheitsstandards
Involvierte Berufsgruppen	Alle an der Patientenversorgung beteiligte Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Bewertung durch die Qualitäts- und Patientensicherheitskommission
Weiterführende Unterlagen	Richtlinien und Checklisten zur Patientensicherheit

Interdisziplinäre Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

Ziel	Vorstellung und Besprechung von kritischen und unerwarteten Verläufen, der Aufarbeitung von Fehlern in der Behandlung, Erhöhung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Alle Zentren
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2016
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Methodik	Fallvorstellungen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte aller Disziplinen, Pflege, Therapeutische Berufe
Evaluation Aktivität / Projekt	Bewertung durch die interdisziplinären Qualitätszirkel
Weiterführende Unterlagen	Richtlinie M&M-Konferenz

Zuweisermanagement

Ziel	Zufriedenheit unserer Zuweiser
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Zuweisergewinnung und -bindung
Methodik	Fortbildungen, Workshops und Veranstaltungen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Direktion, Kommunikation und Zuweiser
Evaluation Aktivität / Projekt	mittels Workshops und Veranstaltungen, Befragungen, seit
Weiterführende Unterlagen	Jährlicher interner Zuweisermanagement Bericht

e-Learning

Ziel	Flexible Wissensvermittlung relevanter Themenbereiche
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Human Resource und alle Bereiche
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2019
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Wissensvermittlung in den wichtigen das Spital betreffenden Vorgaben jederzeit sicherstellen können
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeitenden
Evaluation Aktivität / Projekt	laufende Auswertung der Teilnahme und Feedbacks der Teilnehmer zu den vermittelten Inhalten

Interne Audits

Ziel	Einhaltung von internen und externen Vorgaben sowie deren Optimierung
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtspital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2015
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Prozesse gezielt erfassen und bewerten, um daraus Optimierungsmassnahmen ableiten zu können.
Methodik	Begehungen und Interviews
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Auditberichte und Massnahmenpläne, Evaluation der Massnahmen mittels Management-Review
Weiterführende Unterlagen	Richtlinie Auditmanagement

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2007 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

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

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

4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgenden PROM-Messungen durchgeführt/geplant:					
Krankheitsbild	Leistungsbereich	Behandlungspfad(e)/Klinik(en)	Verwendete Score(s)	Seit/Ab	Kommentare
Prostatakrebs	Urologie	Interdisziplinärer Behandlungspfad zum Prostatakarzinom	Internationaler Score zur Lebensqualität		im Rahmen der weltweit laufenden PCO-Studie
Darmkrebs	Viszeralchirurgie	Interdisziplinärer Behandlungspfad bei Darmkrebs	Internationaler Score zur Lebensqualität		im Rahmen der internationalen Studie "EDIUM"
Analkarzinom	Viszeralchirurgie	Interdisziplinärer Behandlungspfad bei Analkarzinom	Internationaler Score zur Lebensqualität		im Rahmen einer Studie

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	seit Beginn der Erhebung
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	seit 2011
Anatomische Resektionen Register Register der Anatomischen Resektionen der schweizerischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie	Thoraxchirurgie	Adjumed Services AG, Zürich thoraxchirurgie.ch/	seit 2017
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	Viszeralchirurgie seit 2010, HSM A: seit 2011, Thoraxchirurgie seit 2017
CHPACE WEB Datenbank der implantierten Schrittmacher und Defibrillatoren sowie der Ablationen	Kardiologie	Schweizerische Stiftung für Rhythmologie www.pacemaker-stiftung.ch www.rhythmologie-stiftung.ch	seit Beginn der Erhebung
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	seit Beginn der Erhebung
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	seit 2006

MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie c/o Adjumed Services AG www.mibb.ch/	seit 2016
MitraSwiss Register Erfassung von allen Patienten mit einer perkutanen Mitralklappen Behandlung mittels MitraClip.	Kardiologie	Cardiocentro Ticino Lugano on behalf of the MitraSwiss Investigators www.mitra-swiss.ch	seit 2014
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	seit 2005
Nephrektomie-Register Nephrektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie swissurology.ch/register/	2020
NICER Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle Fachbereiche	NICER Seilergraben 49, CH-8001 Zürich 8001 Zürich www.nicer.org	2020
PCI Register National PCI Register	Kardiologie	Arbeitsgruppe interventionelle Kardiologie schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie www.ptca.ch	seit Beginn der Erhebung
PET Minimal Data Set PET Minimal Data Set	Nuklearmedizin	Schweizerische Gesellschaft für Nuklearmedizin www.nuklearmedizin.ch	seit Beginn der Erhebung
Prostatektomie-Register Prostatektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie swissurology.ch/register/ adjumed.com/support/schnittstellen/familie-urologie/	seit 2020
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	SBCDB Swiss Breast Center Database c/o Adjumed Services AG www.sbcdb.ch	seit 2020
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie ibdcohort.ch/	seit Beginn der Erhebung
SIOLD SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch/	seit 2003
SMOB	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register	seit 2011

Swiss Morbid Obesity Register		www.smob.ch/	
SwissNET Schweizer Register für neuroendokrine Tumore	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie	Verein SwissNET swissnet.net/	seit 2014
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	seit 2009
Swiss PH Registry Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG www.sgph.ch www.sgph.ch/de/swiss-ph-registry.html	seit 2002
Swiss TAVI Registry Nationales Register zur Erfassung von Erwachsenen die eine Transkatheter-Aortenklappenimplantation erhielten	Herz- und thorak. Gefässchirurgie, Kardiologie	Universitätsspital Bern, Inselspital, Abteilung für Kardiologie www.swisstavi.ch/ swisstaviregistry.ctu.unibe.ch/	seit 2013
VisHSM Register für Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	Chirurgie	Adjumed Services AG www.adjumed.net/vis/	seit 2014
Zystektomie-Register Zystektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie swissurology.ch/register/	seit 2020

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 Aargau Krebsregister Aargau	Alle	krebsregister-aargau.ch/
KRBB Krebsregister beider Basel (Basel-Stadt und Basel-Landschaft)	Alle	www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/organisation/bewilligungen-und-s...
KR BE	Alle	www.krebsregister.unibe.ch/

Krebsregister Bern		
KR GG Krebsregister Graubünden und Glarus	Alle	www.ksgr.ch/krebsregister.aspx
KR Ostschweiz Krebsregister Ostschweiz	Alle	ostschweiz.krebsliga.ch/ ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-ostschweiz-forschung/
KR ZKR Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden	Alle	www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-...
KR Zürich/Zug/Schaffhausen/Schwyz Krebsregister der Kantone Zürich, Zug, Schaffhausen und Schwyz	Alle	www.krebsregister.usz.ch www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/
NICER Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung www.nicer.org
RNJT Krebsregister Kanton Neuenburg und Jura	Alle	Kantonsregierungen Neuenburg und Jura www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/medecin-cantonal/Pages/Registre-... lescadolles.ch/enseignes/rnjt-registre-neuchatois-et-jurassien-des-...
RT Ticino Krebsregister Kanton Tessin	Alle	www.ti.ch/tumori

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
Viszeralonkologisches Zentrum nach DKG (Darmkrebs, Pankreaskrebs und Speiseröhrenkrebs)	Bauch- und Tumorzentrum, Querschnittbereich, Pflege, QM	2016	2023	Re-Zertifizierung in 2023 erfolgt
Uroonkologisches Zentrum nach DKG (Prostatakrebs, Nierenzellkrebs)	Operative Klinik, Tumorzentrum, Querschnittbereiche, Pflege, QM	2019	2022	Re-Zertifizierung 2025
Brustzentrum Nordwest nach Q-Label	OP-Klinik, Gynäkologie gemeinsam mit Gesundheitszentrum Fricktal	2021	2021	Gemeinsames Brustzentrum mit Gesundheitszentrum Fricktal Re-Zertifizierung 2024
Brustkrebszentrum nach DKG	Operative Klinik, Gynäkologie	2020	2023	Re-Zertifizierung 2023 erfolgt
ISO 9001:2015	Hotellerie, Gastronomie inkl. Rezeption, Reinigung, Hauswirtschaft	2016	2022	
MDS Center of Excellence	Hämatologie	2021	2021	Internationale MDS Foundation
Qualität in Palliativ Care	Palliativstation	2021	2021	Zertifizierung durch Qualitätspalliativ / Re-Zertifizierung 2027; Zwischen-Evaluation 2024
Zertifizierte ICU nach den Richtlinien der SGI	Intensiv-Care-Unit	2006	2022	
QUALAB - externe Qualitätskontrolle Labor	Labor	2014	2022	werden mehrfach jährlich durchgeführt
REKOLE	Finanzen & Controlling	2020	2021	
Referenzzentrum für bariatrische u. metabolische Chirurgie	Viszeralchirurgie, Ernährungszentrum	2018	2018	Assessment erfolgt durch die Swiss Study Group for Morbid

				Obesity (SMOB)
Beckenbodenzentrum nach dt. Kontinenzgesellschaft	Urogynäkologie, Viszeralchirurgie, Urologie, Physiotherapie, Urotherapie, Radiologie	2022	2022	Erst-Zertifizierung in 2022
Accredited PET/CT centre of excellence - European Association of Nuclear Medicine(EANM)	Nuklearmedizin	2022	2022	Erst-Zertifizierung

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2023 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
St. Claraspital				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.44	4.36	4.38	4.31 (4.23 - 4.39)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.70	4.65	4.67	4.61 (4.53 - 4.70)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.72	4.61	4.61	4.63 (4.56 - 4.71)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.63	4.60	4.55	4.59 (4.49 - 4.70)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.22	4.13	4.22	4.11 (4.01 - 4.21)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	91.40 %	91.60 %	90.20 %	91.70 %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				737
Anzahl eingetreffener Fragebogen	345	Rücklauf in Prozent		47 %

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

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

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

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

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

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Kontinuierliche Austrittsbefragung der Patientenzufriedenheit (stationär)

Patientinnen und Patienten können nach Austritt an einer Online-Befragung teilnehmen. Ziel der Befragung ist die kontinuierliche Erhebung der Patientenzufriedenheit nach stationärem Aufenthalt betreffend

- Gesamtzufriedenheit
- Pflegerische Betreuung
- Ärztliche Betreuung
- Organisatorischer Ablauf
- Hotellerie & Servicequalität
- Infrastruktur
- Notfall

Messergebnisse werden hier nur exemplarisch anhand des Themenbereichs "Gesamtzufriedenheit" gezeigt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Alle Abteilungen/Bereiche mit stationären Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals

Einschluss:

Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals mit Austritt nach stationärem Aufenthalt, mit E-Mail-Adresse und Einwilligung Befragungsteilnahme

Ausschluss:

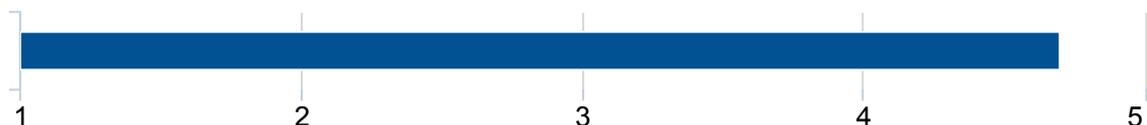
Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals ohne Einwilligung Befragungsteilnahme

Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals mit Mehrfachaufenthalt innerhalb eines Monats unter gleicher Diagnose

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit dem Claraspital?



1 = unzufrieden / 5 = zufrieden

■ St. Claraspital

Messergebnisse in Zahlen

	Mittelwert	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
St. Claraspital	4.70	1662	47.00 %

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Der Mittelwert von 4.7 spiegelt eine 94.0% Gesamtzufriedenheit wider.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

5.2.2 Laufende Kurzbefragung aller PatientInnen mittels QR-Code

Patientinnen und Patienten können mittels QR-Code laufend an einer Kurzbefragung teilnehmen. Ziel der Befragung ist die kontinuierliche Erhebung der Patientenzufriedenheit nach stationärem Aufenthalt betreffend

- Gesamtzufriedenheit
- Ärztliche Betreuung
- Ärztliche Information und Aufklärung
- Pflegerische Betreuung
- Betreuung durch weiteres Personal (z.B. Hotellerie, Physiotherapie, Case Management etc.)
- Organisatorischer Ablauf
- Gastronomisches Angebot

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

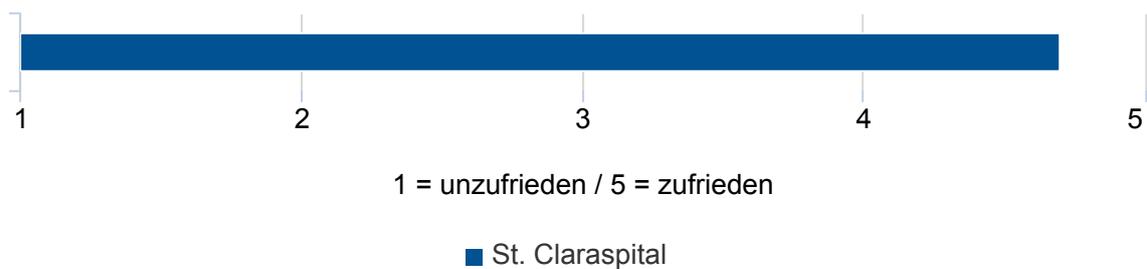
Für alle stationären und ambulante Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals

Einschluss: Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

Gesamteindruck



Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwert	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
St. Claraspital	4.70		- %

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Bemerkungen

Bei Befragungen mittels QR-Code kann keine Rücklaufquote berechnet werden, da die Patientinnen/Patienten nicht persönlich kontaktiert werden.

5.2.3 Kontinuierliche Befragung nach ambulanten operativen Eingriffen

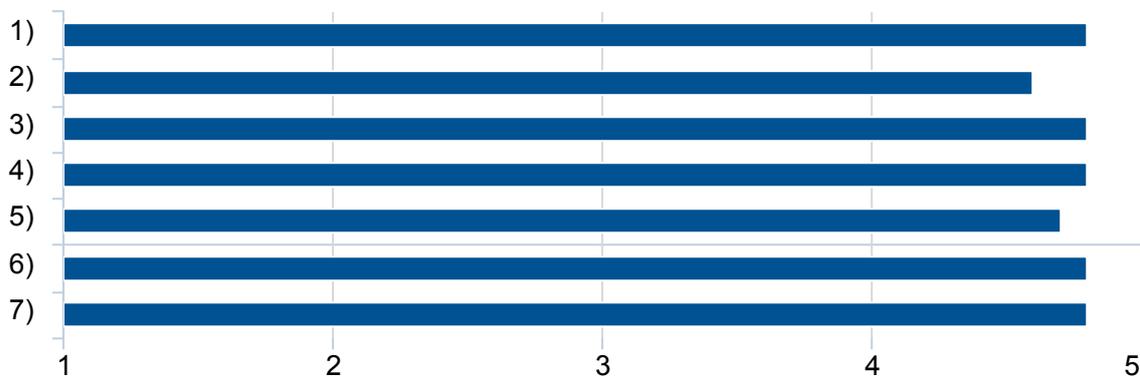
Die Patientinnen und Patienten werden nach der ärztlichen und pflegerischen Betreuungsqualität, zur Information, zu den organisatorischen Abläufen und zur Servicequalität befragt.

Messergebnisse werden hier nur exemplarisch anhand des Themenbereichs "organisatorischer Ablauf" und "Gesamtzufriedenheit" gezeigt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt. Betrifft alle Bereiche, die ambulante Eingriffe durchführen bzw. rundum den Eingriff betreuen (Viszeralchirurgie, Urologie, Gynäkologie, Radiologie, Anästhesie, OP- und Aufwachraum) Befragt wurden alle Patientinnen und Patienten nach ambulanten Eingriff, die einer Befragung zugestimmt hatten und eine Email Adresse angegeben haben. Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) Der Spitaleintritt verlief organisatorisch problemlos.
- 2) Der geplante Eingriff wurde zeitlich eingehalten.
- 3) Die Zusammenarbeit der betreuenden Berufsgruppen hat gut funktioniert.
- 4) Die Einnahme von Medikamenten für zu Hause wurde mir verständlich erklärt.
- 5) Ich habe rechtzeitig alle notwendigen Informationen zu meinem Austritt erhalten.
- 6) Der Spitalaustritt verlief organisatorisch problemlos.
- 7) Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit dem Claraspital?



1 = unzufrieden / 5 = zufrieden

■ St. Claraspital

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
St. Claraspital	4.80	4.60	4.80	4.80	4.70

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Fragen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
St. Claraspital	4.80	4.80	402	51.00 %

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Alle Mittelwerte befinden sich über 4.5 (entspricht einer 90% Patientenzufriedenheit).

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

5.2.4 Kontinuierliche Austrittsbefragung der Patientenzufriedenheit (ambulant)

Patientinnen und Patienten können nach ambulanter Behandlung an einer Online-Befragung teilnehmen. Ziel der Befragung ist die kontinuierliche Erhebung der Patientenzufriedenheit nach ambulanter Behandlung betreffend

- Gesamtzufriedenheit
- Ärztliche Betreuung
- Betreuung durch weiteres medizinisches Fachpersonal
- Organisatorischer Ablauf
- Hotellerie & Servicequalität
- Infrastruktur
- Notfall

Messergebnisse werden hier nur exemplarisch anhand des Themenbereichs "Gesamtzufriedenheit" gezeigt.

Diese Patientenbefragung haben wir vom ab August 2023 bis I durchgeführt.

Alle Abteilungen/Bereiche mit ambulanten Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals

Einschluss:

Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals mit mind. einer ambulanten Konsultation, mit E-Mail-Adresse und Einwilligung Befragungsteilnahme

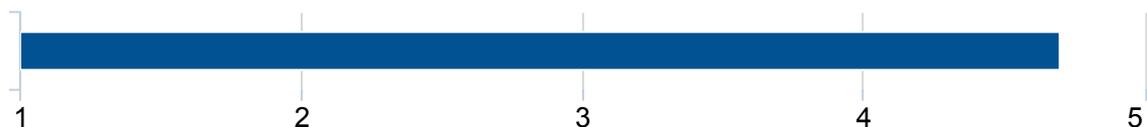
Ausschluss:

Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals ohne Einwilligung Befragungsteilnahme

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit dem Claraspital



1 = unzufrieden / 5 = zufrieden

■ St. Claraspital

Messergebnisse in Zahlen

	Mittelwert	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
St. Claraspital	4.70	955	40.00 %

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

St. Claraspital

Qualitätsmanagement

Christine Siegfried

Assistentin Qualitätsmanagement

061 685 86 61

qualitaetsmanagement@claraspital.ch

Montag bis Freitags, vormittags

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 Feedback von Angehörigen

Damit wir das Feedback der Angehörigen ebenso aufnehmen und bearbeiten können (wie das Patienten- und Patientinnenfeedback) nehmen wir die eingehenden Angehörigen-Rückmeldungen in unser Reportingsystem mit auf und bearbeiten diese gleichwertig.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Wie bei der Bearbeitung des kontinuierlichen Patientenfeedbacks werden die Rückmeldungen von Angehörigen mit ausgewertet und fließen in das kontinuierliche Qualitäts- und Kennzahlenreporting mit ein.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

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 Mitarbeiterbefragung

Damit wir mehr über die Befindlichkeiten und Anliegen unserer Mitarbeitenden erfahren, führen wir regelmässig eine Mitarbeiterbefragung durch. So können wir mehr auf die Bedürfnisse unserer Mitarbeitenden eingehen und entsprechend attraktive Arbeitsplätze anbieten.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.
Die nächste Mitarbeitendenbefragung erfolgt im Jahr 2024.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	QM Riedo
Methode / Instrument	QM-Riedo Fragebogen

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärztinnen und -ärzte und niedergelassene Spezialärztinnen und -ärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patientinnen und Patienten 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 Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserbefragung

Im Rahmen der Befragung wurden verschiedene Themen der Zusammenarbeit abgefragt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2025.

Zu Beginn der Befragung wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten, den Fachbereich auszuwählen, den sie beurteilen möchten.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

Qualitätsindikatoren	BFS-Daten 2021
St. Claraspital	Risikoadjustierte Rate
Spitalweite Kohorte	1.11 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	1.19 %
Kardiorespiratorische Kohorte	0.92 %
Kardiovaskuläre Kohorte	0.92 %
Sonstige medizinische Kohorte	1.03 %

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die angegebenen Raten sind die standardisierten Rehospitalisationsraten (risikoadjustiert)

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

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

10 Operationen

10.1 Eigene Messung

10.1.1 Komplikationsstatistik

Im Rahmen der monatlichen Fallbesprechung der Komplikationsstatistik werden auch potentiell vermeidbare Reoperationen besprochen und analysiert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

An den Fallbesprechungen nehmen u. a. die Fachbereiche Viszeralchirurgie und Urologie teil.

Die Besprechung der Komplikationsstatistik erfolgt monatlich im Rahmen der ärztlichen Konferenzen und die Daten dienen der internen Qualitätsverbesserung.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- Blinddarm-Entfernungen
- *** Dickdarmoperationen (Colon)
- Rektumoperationen

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2022/2023	2022/2023	2019/2020	
St. Claraspital						
Blinddarm-Entfernungen	174	5	1.37%	1.45%	2.61%	2.87% (0.90% - 6.60%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	268	27	11.48%	8.87%	6.64%	10.07% (6.70% - 14.30%)
Rektumoperationen	74	7	28.57%	6.06%	4.08%	9.46% (3.90% - 18.50%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patientinnen und Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patientinnen und Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Sturzrate

Auf den Bettenstationen wird jeder Sturz anhand eines Sturzprotokolls erfasst und in den nächsten 24 Stunden vom Pflorgeteam evaluiert. Bei Bedarf werden Fachexperte und/oder Pflegeexperte dazu gezogen. Daraus entstehen zeitnahe individuelle Interventionen, um weitere Sturzereignisse zu vermeiden.

In pflegfachlichen Monatsgesprächen zwischen Stationsleitung, Fachexperten und Pflegeexperten wird jeder Sturz gemeinsam besprochen und bei Bedarf entsprechende Interventionen in den Pflorgeteams eingeleitet.

Im monatlichen Reporting findet eine Differenzierung von «assisted falls» oder «nicht assisted falls» statt.

Ein «assisted fall» ist ein kontrollierter, von einer Fachperson begleitetes Sturzereignis. Eine Begleitung bei einer sturzgefährdeten Person, wird als Präventivmassnahme betrachtet. Daher wird die Sturzrate im Total sowie «ohne assisted falls» abgebildet. Als öffentliche, allgemeingültige Kennzahl wird die Gesamtsturzrate publiziert.

Weiter wird täglich das «Safety Cross» zur Visualisierung der erfolgten Stürze auf der Bettenstation geführt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt. Sturzereignisse werden auf allen Bettenstationen erfasst, ausgenommen auf der Intensivstation.

Alle Stürze werden pro Monat und Station ausgewertet und ins Verhältnis zu Anzahl Pflgetagen der jeweiligen Station gestellt. Mit jeder Bettenstation ist in Abhängigkeit der Fachrichtung eine stationsbezogene Kennzahl zur Sturzrate vereinbart.

Die Gesamtsturzrate 2023 liegt bei 3.7 auf 71'566 Pflgetage.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzprotokoll

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 Eigene Messungen

13.1.1 Dekubituserfassung

Auf den Bettenstationen schätzen die Pflegefachpersonen das Dekubitusrisiko bei jedem Patienten ein und jeder Dekubitus wird einmal täglich neu beurteilt. Dadurch werden Interventionen zur Dekubitusprävention individuell und zeitnah eingeleitet und somit eine individuelle Behandlung festgelegt.

Im monatlichen Reporting werden die Kennzahlen zu Dekubitus durch die Dekubituskategorien nach der National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) und der European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) klassifiziert. Dies entspricht einer Klassifizierung von Dekubitus Kategorie 1-4 sowie der Kategorie: «keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt» sowie der Kategorie «vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt». Für dieses Reporting werden alle Dekubitus, intern sowie extern erworbene, mit Lokalisation und Kategorie vermerkt.

Weiter wird täglich das «Safety Cross» zur Visualisierung der intern erworbenen Dekubitus auf der Bettenstation geführt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Die Gesamtinzidenz zeigt sich mit 1.0% ähnlich zum Vorjahr (1.1%) und liegt unter unserem internen Vorgabewert von < 2.0%.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Weitere Qualitätsaktivitäten

17 Weitere Qualitätsmessungen

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Dauer in Tagen bis Berichtsversand (Akutsomatik)

Stationäre Fälle: Es wird die Anzahl Tage zwischen Austrittsdatum und Versanddatum des Austrittsberichts monitorisiert.

Ambulante Fälle: Es wird die Anzahl Tage zwischen Konsultationsdatum und Versanddatum des Berichtes monitorisiert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Gesamtspital

Ambulante und stationäre Berichtsversände.

Die stationären Austrittsberichte konnten im Durchschnitt innerhalb von 9.6 Tagen versendet werden.

Die ambulanten Berichte konnten im Durchschnitt innerhalb von 2.9 Tagen versendet werden.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

17.1.2 Anzahl zusätzlicher Patiententage infolge fehlender Nachbetreuung (Akutsomatik)

Es wird gemessen, wieviele Mehrtage sich monatlich aufgrund einer fehlenden Nachbetreuung ergeben. Die Gründe werden erfasst und allfällige Massnahmen daraus ergriffen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Gesamtspital

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Ergebnisse stark abhängig von den Kapazitäten der Nachsorgeeinrichtungen.

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 ClaraFlow - Business Process Re-Engineering

Projektart:

- Qualitätsprojekt

Projektziel:

- Prozessoptimierung und integrales Kapazitätsmanagement (IKM)

Projekttablauf / Methodik:

- IST-Analyse entlang des Patientenprozesses (Gembas)
- Evaluation der Gembas
- Prototyping mit Design-Teams: Design Sprints zur Visualisierung der SOLL-Situation
- Realisierungsphase
- Go-Live

Involvierte Berufsgruppen:

- Gesamtspital

Projektevaluation:

- Das Projekt befindet sich aktuell (Mai 2024) in der Prototyping-Phase.
- Realisierungsphase ab Q4 2024, Go-Live Ende 2024

18.1.2 ClaraKIS - Einführung eines neuen Klinikinformationssystems

Projektart:

- Softwareprojekt

Projektziel:

- Die Effizienz (Steigerung des Wirkungsgrades) und Effektivität (das Richtige tun) in den medizinischen und pflegerischen Arbeitsprozessen wird gesteigert.
- Verbesserung der medizinischen- und pflegerischen Behandlungsqualität
- Sicherung einer zukünftigen, prozessualen und technischen Weiterentwicklung

Projektablauf / Methodik:

- Hybrides Projektmanagement (klassisch, agil)
- Projektphase 1: Initialisierung und Vorbereitung
- Projektphase 2: Detailkonzeption
- Projektphase 3: Realisierung
- Projektphase 4: Einführung (Go Live Q2 2026)

Involvierte Berufsgruppen:

- Alle Berufsgruppen

Projektelevaluation / Konsequenzen:

- Das Projekt befindet sich aktuell (Mai 2024) in der Projektphase 2/Detailkonzeption (Workshops, 10 Teilprojekte)
- Realisierungsphase Go Live Q2 2026

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

18.2.1 Aufbau und Zertifizierung - Analkarzinomzentrum

Projektart:

- Qualitätsprojekt im bestehenden Viszeralonkologischen Zentrum

Projektziel:

- Erst-Zertifizierung der Behandlung des Analkarzinoms nach internationalen med. Leitlinien im bestehenden Viszeralonkologischen Zentrum in 2023

Projektablauf:

- Prüfung und Umsetzung der spezifischen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft
- Erarbeitung eines interdisziplinären Behandlungspfades für die Therapie des Analkarzinoms nach med. Leitlinien
- Erfassung und Monitoring der medizinischen Qualitätskennzahlen
- Etablierung einer Lebensqualitätsstudie
- Schwerpunkt-Fortbildung zum Thema Analkarzinom

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärzte aus den betreffenden Fachdisziplinen (Radioonkologie, Viszeralchirurgie, Onkologie), Pflege, Therapeuten, Forschung, Datenmanagement und QM

Projektevaluation:

- Externe Begutachtung durch med. Fachexperten der dt. Krebsgesellschaft und erfolgreiche Zertifizierung.

Das Projekt konnte erfolgreich abgeschlossen werden und das Analkarzinomzentrum am Claraspital erlangte als eines der ersten Zentren in der Schweiz die Zertifizierung nach den international anerkannten Standards der dt. Krebsgesellschaft.

18.2.2 Einführung eines neuen Meldeportals für CIRS, Ideen und Vigilance Meldungen

Projektart:

- Qualitätsprojekt

Projektziel:

- Ablösung des bestehenden Meldesystems für CIRS und Ideen sowie Einführung eines Meldesystems für Vigilance-Meldungen

Projektablauf:

- Auswahl eines geeigneten Anbieters
- Umsetzung der spezifischen Anforderungen
- Schulung der Mitarbeitenden zum neuen System
- Einführung

Involvierte Berufsgruppen:

- CIRS-Team, QM, Vigilance-Beauftragte, Compliance-Beauftragte

Projektelevaluation:

- Inbetriebnahme des Systems Ende Dezember 2023

Das Projekt konnte erfolgreich abgeschlossen werden. Das Verfassen und die Bearbeitung der oben genannten Meldungen kann nun wesentlich einfacher und effizienter erfolgen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Aufbau Hernienzentrum

Projektart:

- Qualitätsprojekt in der Viszeralchirurgie

Projektziel:

- Erst-Zertifizierung des Hernienzentrums nach internationalen med. Leitlinien durch die dt. Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Projekttablauf:

- Prüfung und Umsetzung der spezifischen Anforderungen der Fachgesellschaft
- Erarbeitung eines interdisziplinären Behandlungspfades
- Erfassung und Monitoring der medizinischen Qualitätskennzahlen
- Etablierung von Studien
- Aufbau von Fortbildungsangeboten in der Hernienchirurgie

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärzte der Fachdisziplin Vizeralchirurgie, Case Management, Forschung, Datenmanagement und QM

-

Projektelevaluation

- Erfolgreiche Zertifizierung, angestrebt für 2024

18.3.2 Aufbau hämatologisches Krebszentrum

Projektart:

- Qualitätsprojekt im Tumorzentrum

Projektziel:

- Stärkung der Hämatologie
- Zertifizierung der Behandlung von hämatologischen Krebserkrankungen nach internationalen med. Leitlinien

Projekttablauf:

- Umsetzung der Anforderungen der dt. Krebsgesellschaft
- Intensivierte Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern
- Erfassung und Monitoring von med. Qualitätskennzahlen

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärzte aus den betreffenden Fachdisziplinen, Pflege, Therapeuten, Forschung, Datenmanagement und QM

Projektelevaluation:

- Externe Begutachtung durch medizinisch erfahrene Fachexperten der dt. Krebsgesellschaft, vorgesehen für 2025

18.3.3 Re-Zertifizierung des Brustzentrums nach Q-Label

Projektart:

- Qualitätsprojekt ider Gynäkologie gemeinsam mit dem Tumorzentrum

Projektziel:

- erfolgreiche Re-Zertifizierung der Behandlung von Brustkrebserkrankungen nach internationalen med. Leitlinien, gemeinsam mit dem Kooperationspartner Brustzentrum Rheinfeldern

Projektlauf:

- Intensivierte Zusammenarbeit mit dem Kooperationspartner
- Sicherstellung der Anforderungen des Schweizer Siegels Q-Label für Brustzentren
- Erfassung und Monitoring der med. Qualitätskennzahlen
- Externe Begutachtung

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärzte aus den betreffenden Fachdisziplinen, Pflege, Therapeuten, Forschung, Datenmanagement und QM

Projektevaluation:

- Externe Begutachtung durch medizinisch erfahrene Fachexperten, vorgesehen im November 2024

19 Schlusswort und Ausblick

Ziel für die kommenden Jahre ist eine erfolgreiche und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnern, Zuweisenden und nachgelagerten Institutionen zu führen und die heute bestehende Qualität weiterhin zu gewährleisten und auszubauen.

Darüber hinaus werden wir vor allem an der zunehmenden Digitalisierung von Spitalprozessen arbeiten und neue technologieunterstützte Lösungen für Patientinnen und Patienten sowie unsere Partner weiter entwickeln und einsetzen.

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
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Komplexe Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'

Urologie mit Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere
Isolierte Adrenalektomie
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion)
Mediastinaleingriffe
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Gynäkologische Tumore
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.