

## 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](mailto: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](http://spitalinfo.ch) dargestellt werden können.

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>8</b>
2.1 Organigramm .....	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
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
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonal 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
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>29</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>30</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>30</b>
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
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>37</b>
6.1 Eigene Befragung .....	37
6.1.1 Feedback von Angehörigen .....	37
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> .....	<b>38</b>
7.1 Eigene Befragung .....	38
7.1.1 Mitarbeiterbefragung .....	38
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>39</b>
8.1 Eigene Befragung .....	39
8.1.1 Zuweiserbefragung .....	39
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>40</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>40</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>40</b>
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen .....	40
<b>10 Operationen</b> .....	<b>42</b>
10.1 Eigene Messung .....	42
10.1.1 Komplikationsstatistik .....	42
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>43</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	43
<b>12 Stürze</b> .....	<b>45</b>
12.1 Eigene Messung .....	45
12.1.1 Sturzrate .....	45

<b>13</b>	<b>Dekubitus</b> .....	<b>46</b>
13.1	Eigene Messungen .....	46
13.1.1	Dekubituserfassung .....	46
	<b>Messungen in der Psychiatrie</b> .....	<b>0</b>
<b>14</b>	<b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>15</b>	<b>Symptombelastung psychischer Störungen</b> Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
	<b>Messungen in der Rehabilitation</b> .....	<b>0</b>
<b>16</b>	<b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
	<b>Weitere Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>47</b>
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b> .....	<b>47</b>
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
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>48</b>
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
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>54</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....	<b>55</b>
	Akutsomatik .....	55
	<b>Herausgeber</b> .....	<b>57</b>

# 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 Spitälern 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 Spitälern 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

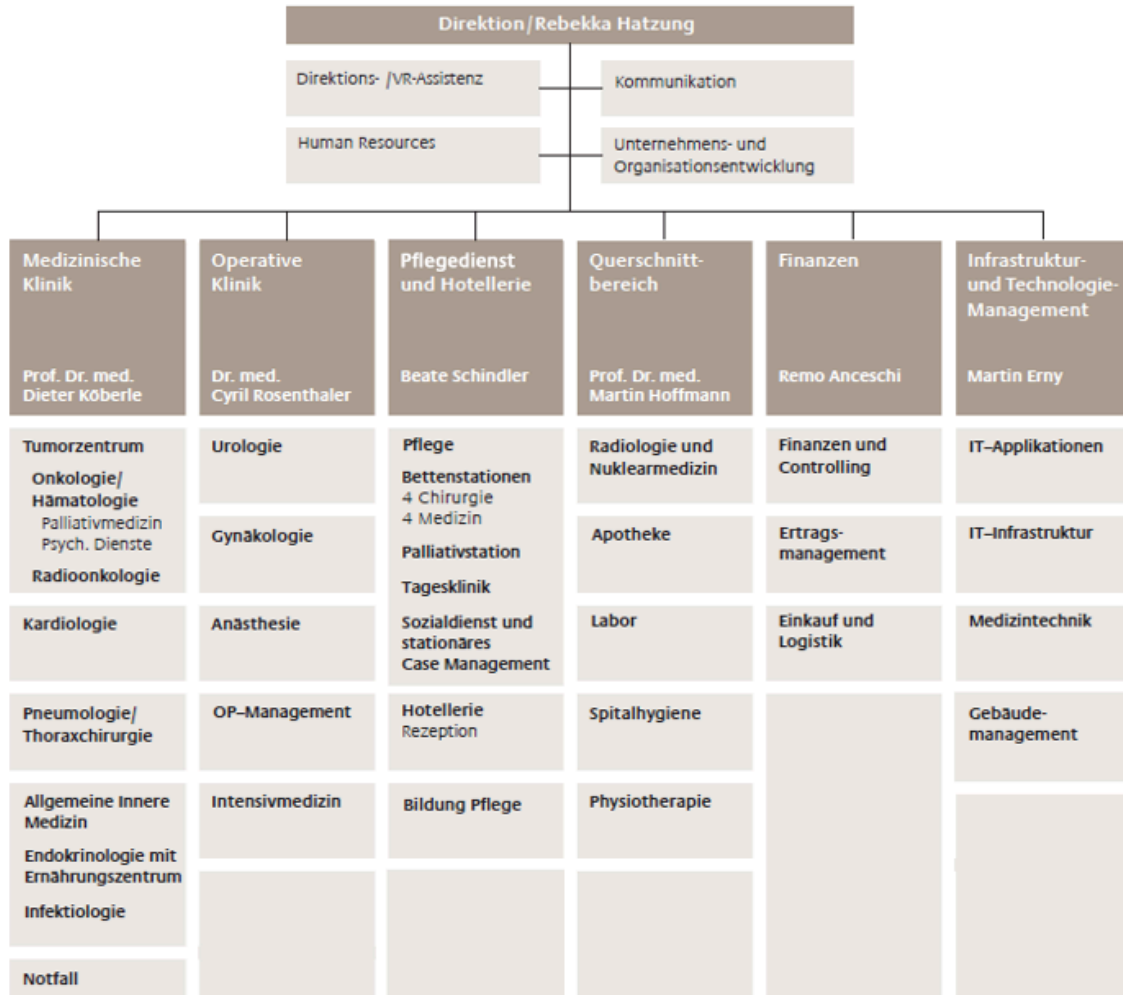
Eröffnung 2019 tatkräftige Unterstützung von elf freiwilligen Helfer/innen. Diesen wurde Ende vergangenen Jahres eine besondere Ehre zuteil: Am 2. November 2023 verlieh ihnen Beat Jans in seiner damaligen Funktion als Stadtpräsident von Basel den 51. Prix Schappo für ihr freiwilliges Engagement. Dank 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](mailto:annette.kolb@claraspital.ch)

Frau Yvonne Keller  
Qualitätsmanagerin  
061 685 3094  
[yvonne.keller@claraspital.ch](mailto: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](http://www.anq.ch).

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

#### 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"> <li>Postoperative Wundinfektionen Swisnoso</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Händehygiene-Compliance</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Erhebung von PROMs</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Critical Incident Reporting System (CIRS)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Indikatoren ANQ (siehe Kap. 4.1)</li> </ul>

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

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

#### 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

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

Re-Zertifizierung Uroonkologisches Zentrum

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

Re-Zertifizierung Viszeralonkologisches Zentrum

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

## Einführung eines neuen Zuweiserportals

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

## Einführung eines neuen Klinikinformationssystems (KIS) - ClaraKIS

<b>Ziel</b>	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
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2023 - 2026
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	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.
<b>Methodik</b>	10 Teilprojekte, externe Unterstützung, klassisches Projektmanagement, teilweise agil
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Gesamtes Personal
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Abnahmekonzept, Übergabeprotokoll

## ClaraFlow - Business Process Re-Engineering

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

## Implementierung eines neuen Dokumentenmanagementsystems (DMS)

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

## Erst-Zertifizierung Analkarzinomzentrum

<b>Ziel</b>	Erst-Zertifizierung der Behandlung des Analkarzinoms nach internationalen med. Leitlinien im bestehenden Viszeralonkologischen Zentrum in 2023
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Viszeralonkologisches Zentrum
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Stärkung Viszeralonkologisches Zentrum mit Analkarzinomzentrum
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte aus den betreffenden Fachdisziplinen (Radioonkologie, Viszeralchirurgie, Onkologie), Pflege, Therapeuten, Forschung, Datenmanagement und QM
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	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

<b>Ziel</b>	Kritische Zwischenfälle erfassen, bewerten und Prozessabläufe kontinuierlich verbessern
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	seit 2007
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Vermeidung von patientenbezogenen Zwischenfällen
<b>Methodik</b>	Erfassung kritischer Zwischenfälle, Bearbeitung durch CIRS-Kommission - Definieren von Verbesserungsmassnahmen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	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.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Richtlinie Umgang mit kritischen Zwischenfällen



## Qualitätskennzahlenreporting

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

## Ideenmanagement - Vorschlagswesen

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

## Feedbackmanagement

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

## Ambulantes Operieren am St. Claraspital - Evaluation und Prozessoptimierung

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

## Erfassung des Ernährungsstatus

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

## Onkologische Rehabilitation im neuen Hirzbrunnenhaus

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

## Händehygiene-Compliance

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

## Optimierte Therapiedisposition Physiotherapie

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

## Patientensicherheit

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

## Interdisziplinäre Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

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

## Zuweisermanagement

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

## e-Learning

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

## Interne Audits

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>A-QUA CH</b> Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine <a href="http://www.ssapm.ch/">www.ssapm.ch/</a>	seit Beginn der Erhebung
<b>AMIS Plus</b> Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	seit 2011
<b>Anatomische Resektionen Register</b> Register der Anatomischen Resektionen der schweizerischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie	Thoraxchirurgie	Adjumed Services AG, Zürich <a href="http://thoraxchirurgie.ch/">thoraxchirurgie.ch/</a>	seit 2017
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	Viszeralchirurgie seit 2010, HSM A: seit 2011, Thoraxchirurgie seit 2017
<b>CHPACE WEB</b> Datenbank der implantierten Schrittmacher und Defibrillatoren sowie der Ablationen	Kardiologie	Schweizerische Stiftung für Rhythmologie <a href="http://www.pacemaker-stiftung.ch">www.pacemaker-stiftung.ch</a>  <a href="http://www.rhythmologie-stiftung.ch">www.rhythmologie-stiftung.ch</a>	seit Beginn der Erhebung
<b>Infreporting</b> Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	seit Beginn der Erhebung
<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch/">www.sgi-ssmi.ch/</a>	seit 2006

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



Swiss Morbid Obesity Register		<a href="http://www.smob.ch/">www.smob.ch/</a>	
<b>SwissNET</b> Schweizer Register für neuroendokrine Tumore	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie	Verein SwissNET <a href="http://swissnet.net/">swissnet.net/</a>	seit 2014
<b>Swissnoso SSI</b> Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso <a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>	seit 2009
<b>Swiss PH Registry</b> Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG <a href="http://www.sgph.ch">www.sgph.ch</a>  <a href="http://www.sgph.ch/de/swiss-ph-registry.html">www.sgph.ch/de/swiss-ph-registry.html</a>	seit 2002
<b>Swiss TAVI Registry</b> Nationales Register zur Erfassung von Erwachsenen die eine Transkatheter-Aortenklappenimplantation erhielten	Herz- und thorak. Gefässchirurgie, Kardiologie	Universitätsspital Bern, Inselspital, Abteilung für Kardiologie <a href="http://www.swisstavi.ch/">www.swisstavi.ch/</a>  <a href="http://swisstaviregistry.ctu.unibe.ch/">swisstaviregistry.ctu.unibe.ch/</a>	seit 2013
<b>VisHSM</b> Register für Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	Chirurgie	Adjumed Services AG <a href="http://www.adjumed.net/vis/">www.adjumed.net/vis/</a>	seit 2014
<b>Zystektomie-Register</b> Zystektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie <a href="http://swissurology.ch/register/">swissurology.ch/register/</a>	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
<b>KR Aargau</b> Krebsregister Aargau	Alle	<a href="http://krebsregister-aargau.ch/">krebsregister-aargau.ch/</a>
<b>KRBB</b> Krebsregister beider Basel (Basel-Stadt und Basel-Landschaft)	Alle	<a href="http://www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/organisation/bewilligungen-und-s...">www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/organisation/bewilligungen-und-s...</a>
<b>KR BE</b>	Alle	<a href="http://www.krebsregister.unibe.ch/">www.krebsregister.unibe.ch/</a>

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

## 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	
<b>St. Claraspital</b>				
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/](http://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 ( $\geq 16$ Jahre) versendet, die im April 2023 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 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:

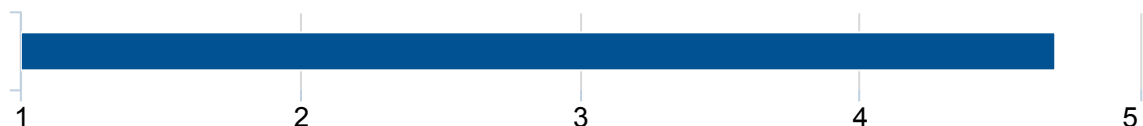
Patientinnen/Patienten des St. Claraspitals ohne Einwilligung Befragungsteilnahme

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

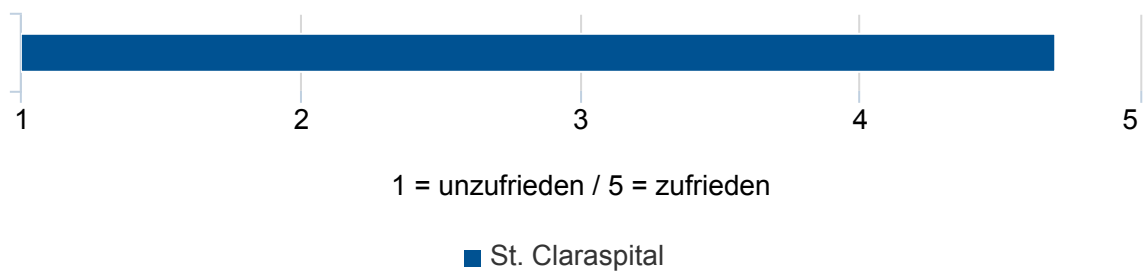
Patientinnen und Patienten können mittels QR-Code laufend an einer Kurzbefragung teilnehmen. Ziel der Befragung ist die kontinuierliche Erhebung der Patientenzufriedenheit nach stationärem Aufenthalt betreffend

- 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

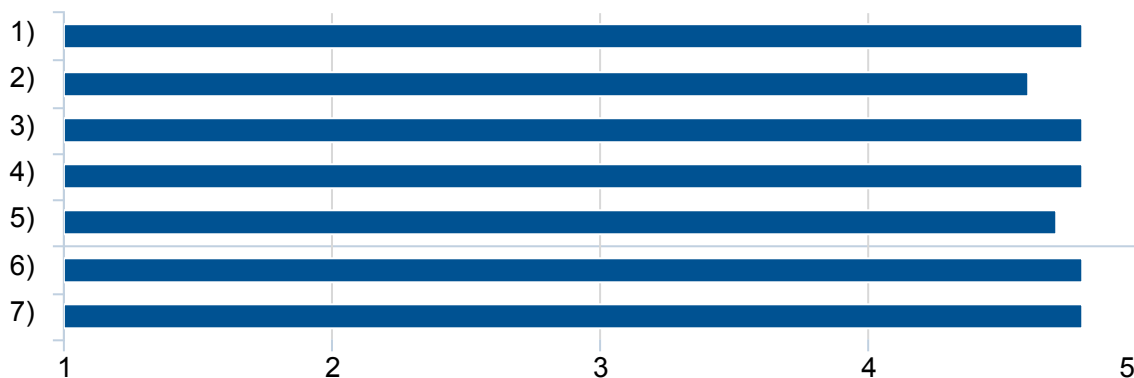
Die Patientinnen und Patienten werden nach der ärztlichen und pflegerischen Betreuungsqualität, zur Information, zu den organisatorischen Abläufen und zur Servicequalität befragt.

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

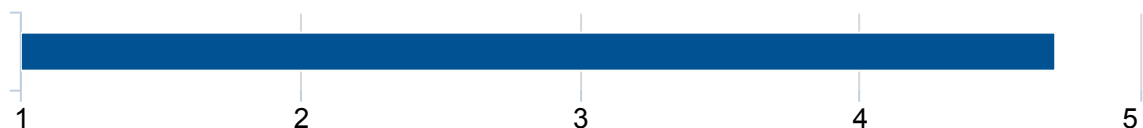
Ausschluss:

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

## 10 Operationen

### 10.1 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](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://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	
<b>St. Claraspital</b>						
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/](http://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](http://spitalinfo.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Komplexe Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
<b>Gefässe</b>
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
<b>Herz</b>
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
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
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Polysomnographie
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion)
Mediastinaleingriffe
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Gynäkologische Tumore
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
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/](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).