

# Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

30.05.2023  
Rolf Huck, Vorsitz Klinikleitung / VR-Präsident

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

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

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken 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>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen Im 2023 wurde die nationale Messung von Sturz und Decubitus durch ANQ sistiert (Methodenwewchsel)	
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	17
4.5 Registerübersicht .....	18
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	18
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>19</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>20</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>20</b>
5.1 Eigene Befragung .....	20
5.1.1 Ihre Meinung ist uns wichtig .....	20
5.2 Beschwerdemanagement .....	20
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>21</b>
6.1 Eigene Befragung .....	21
6.1.1 Ihre Meinung ist uns wichtig .....	21
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> .....	<b>22</b>
7.1 Eigene Befragung .....	22
7.1.1 Stimmungsbarometer .....	22
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>23</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>23</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>10 Operationen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>11 Infektionen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>12 Stürze</b> .....	<b>23</b>
12.1 Eigene Messung .....	23
12.1.1 Sturzstatistik .....	23
<b>13 Dekubitus</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>Messungen in der Psychiatrie</b> .....	<b>24</b>
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15 Symptombelastung psychischer Störungen</b> .....	<b>25</b>
15.1 Eigene Messung .....	25

15.1.1	ESAS.....	25
	<b>Messungen in der Rehabilitation .....</b>	<b>0</b>
16	<b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
	<b>Weitere Qualitätsaktivitäten .....</b>	<b>0</b>
17	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>26</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	26
18.1.1	KIS-Implementierung .....	26
18.1.2	Dokumentenüberprüfung .....	26
18.1.3	Hygiene-Konzept, Umsetzung .....	26
18.1.4	Prozesslandschaft, Überprüfung.....	26
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023 .....	27
18.2.1	Epidemie-/ Pandemie-Richtlinien .....	27
18.2.2	Interner Weiterbildungsplanung, Optimierung.....	27
18.2.3	Mobile Palliative Care Team, Festigung .....	27
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	27
18.3.1	Re-Zertifizierung 2024.....	27
19	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>28</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>	<b>29</b>
	Akutsomatik .....	29
	<b>Herausgeber .....</b>	<b>30</b>

## 1 Einleitung

Das Palliativzentrum Hildegard wurde 1983 als erstes Hospiz in der deutschsprachigen Schweiz unter dem Namen "Hildegard Hospiz" ins Leben gerufen. Mittlerweile ist das "Hildegard" eine etablierte Klinik für spezialisierte Palliative Care mit einem Angebot auf höchstem medizinischen und pflegerischem Niveau. Im Zentrum steht die Behandlung, Pflege und Begleitung von Menschen mit unheilbaren oder chronischen Erkrankungen. Palliative Care bietet Betroffenen trotz schwerer Krankheit ein möglichst schmerzfreies Leben und damit ein höchstmögliches Mass an Lebensqualität bis zuletzt. Dazu setzen wir neueste medizinische, psychologische und ethische Erkenntnisse ein.

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

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

Unserer Massnahmen soll die Rückkehr in die heimische Umgebung ermöglichen.

Dort steht den Betroffenen mit dem Mobilem Palliative Care Team (MPCT) ein jederzeit abrufbarer Dienst zur Verfügung, der sowohl die Patient:innen in ihrem heimischen Umfeld, die An- und Zugehörigen als auch deren Hausärzte und Hausärztinnen bei Bedarf unterstützt. Dies vor dem Hintergrund, als die Betreuung schwerkranker Menschen im heimischen Umfeld physisch und psychisch für die An- und Zugehörigen sehr belastend sein kann. Um so wichtiger ist der Dienst des MPCT's. Bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes steht das Palliativzentrum Hildegard aber jederzeit offen für eine Wiederaufnahme und bietet so den Vorteil einer bereits vertrauten Umgebung.

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

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

Insgesamt belegt das Palliativzentrum Hildegard mit seiner Spezialisierung besonders auf komplexe Patient:innen eine Sonderstellung in der Spitallandschaft. Unsere Erfahrungen geben wir gerne weiter, um die Anliegen von Palliative Care im Rahmen der Umsetzung der Strategie des Bundes auf kantonaler Ebene deutlich zu machen und zu fördern. Dies geschieht durch das Angebot von Kurs-Schulungen des Levels A1, A2 und B1 im BZG, der Spitex Basel und im Rahmen des CAS-studienganges an der Universität Basel. Im Jahr 2014 wurde das Palliativzentrum Hildegard durch palliative.ch zertifiziert. Eine Rezertifizierung erfolgte Ende 2024 mit Audit Ende 2023.

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

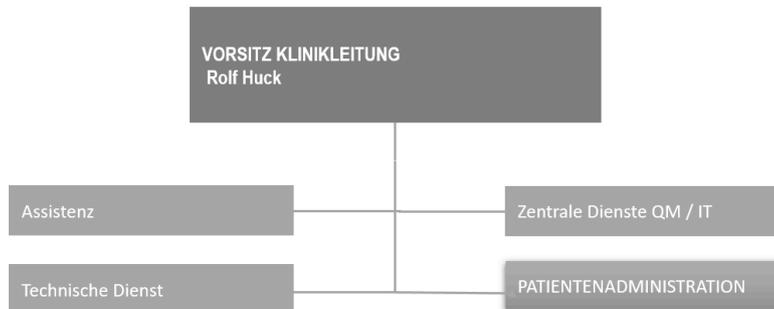
## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

PROZESS  
L006-2 ORGANIGRAMM KL VORSITZ

PROZESSVERANTWORTUNG  
KLINIKLEITUNG

PALLIATIVZENTRUM  
**HILDEGARD**



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **+ / - 40** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

Herr Rolf Huck  
CEO / VRP  
061 319 75 26  
[rolf.huck@pzhi.ch](mailto:rolf.huck@pzhi.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Um die Qualität unseres Angebotes sicherzustellen und stetig zu verbessern, überprüfen wir unsere Arbeit systematisch und setzen uns permanent für eine Optimierung ein. Im September 2014 wurde unsere Einrichtung erstmalig zertifiziert und mit dem Label "Qualität in Palliative Care" ausgezeichnet. Im November 2023 absolvierten wir für unsere Rezertifizierung (August 2024) das Audit (durch EdelCert & Management GmbH) entlang der neuen Bestimmungen des palliativequalite.

Eine gute Vernetzung mit anderen Institutionen in Basel-Stadt sowie mit unseren Nachbarkantonen ist uns wichtig. Die Kooperation mit dem Universitätsspital Basel ist Teil unserer Qualitätsstrategie.

Die konsiliarischen Einsätze und die ambulante Versorgung durch das Mobile Palliative Care Team (MPTC) in Zusammenarbeit mit der Spitex ist ein fester Bestandteil unseres Aufgabenbereiches, der wächst und weiterentwickelt wird.

Das PZHI bietet Ausbildungsplätze für HF an, sowohl intern als auch für Partnerninstitutionen. Auch im Rahmen der Ausbildung von Medizinstudenten und -studentinnen beteiligen wir uns als Institution in regelmässigen Abständen.

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

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

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023

1. Hygiene-Konzept, Umsetzung
2. Interner und externer Weiterbildungsplan, Umsetzung
3. Palliative-Konzept, Überprüfung
4. Dokumente für Audit und KIS; Überprüfung
5. Prozesslandschaft, Überprüfung

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

Die KVP-Stehungen laufen wie vorgesehen. Die Intervalle sind vom Bereich zum Bereich individuell. Obwohl ANQ keine Messungsergebnisse für 2023 sammelt, haben wir die Messungen "Sturz" durchgeführt. Der diesbezügliche Outcome war weiterhin positiv.

Nach den Erfahrungen aus der Corona-Zeit wurde unser Hygiene-Konzept aktualisiert und implementiert.

Der Wirkungsbereich "Mobilem Palliative Care Team" ist heute gefestigt und wird von den Hausärzten und -ärztinnen, der Spitex und diversen Altenwohn- und Pflegeheimen rege genutzt.

Um den zahlreichen Anfragen nach dem mobilen Angebot wunschgemäß nachkommen zu können, hat das PZHI die ärztlichen Stellenprozente weiter erhöht. Dies ermöglicht es dem MPCT einerseits den Bedürfnissen der Langzeitinstitutionen mehr Rechnung zu tragen, andererseits kann es die hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen bei der Mitbetreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern dieser Einrichtungen unterstützen, sofern erforderlich und gewünscht.

Das überarbeitete Weiterbildungsprogramm wurde umgesetzt.

Die Palliative Care-Kurse Level A2 und B1 in unserem Haus werden rege genutzt. Steigend ist auch die Nachfrage an Palliative Care-Inhouse-Kursen, welche wir in den diversen Einrichtungen vor Ort anbieten. Im Kursbereich arbeiten wir mit unseren Kooperationspartnern, dem BZG und der Palliativklinik im Park, zusammen. Die Aufteilung der Aufgabenbereiche lautet wie folgt: Der administrative Teil läuft über das BZG, die inhaltliche Erarbeitung obliegt der Palliativklinik im Park und dem PZHI. Koordiniert werden die Kurse vom PZHI. Zudem bringen wir mit unseren Dozierenden das Fachwissen ein. Im Bereich Humanmedizin hält unser Chefarzt eine Titularprofessur und ist Leiter der Curriculumsumgruppe sowie Lehrkoordinator.

Die vom BZG inhouse angebotenen Basiskurse in Palliative Care Level A2, und B1, in Kooperation mit uns und der Palliativklinik im Park, werden rege besucht. PZHI und Palliativklinik im Park sind für den fachlichen Inhalt verantwortlich, das PZHI koordiniert.

Der CAS "Interprofessionelle Palliative Care", welcher in Co-Leitung durch unseren Chefarzt mitbegründet wurde, läuft mittlerweile schon im dritten Jahr. Auch hier übernimmt das PZHI die gesamte Koordination. Desweiteren dozieren diverse Mitarbeitende aus unserem Haus und bringen ihr Fachwissen ein.

Für die Vorbereitung des Audits haben wir unsere Prozesse und Dokumente im Zusammenhang mit Palliative Care überprüft.

Ende Jahr erfolgt der Projektstart zur Einführung des M-KIS, in dessen Rahmen auch weiterführende Prozesse und Dokumente zusammengetragen wurden.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

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

Wir bieten zudem weiterhin öffentliche Vorträge im Themenbereich Palliative Care an, die Vorträge werden laufend auf den aktuellsten Stand des Wissens angepasst.

Das Palliativzentrum Hildegard arbeitet auch im Gremium der Qualitätssitzung an einer engeren Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Palliativkliniken in den Kantonen (BS, BL), in der Schweiz und im Ausland mit.

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

Die Palliative Care befindet sich in einem sehr dynamischen Umfeld. In allen Bereichen werden Prozesse und Dokumente kontinuierlich angepasst, geschult und umgesetzt, besonders in Zusammenhang mit der kommenden Einführung des KIS im Jahr 2024.

\*Verkauf an die Bethesda Spital AG rückwirkend auf 1.1.24 mit Vollintegration in die Räumlichkeiten und Strukturen des Bethesda Spitals auf 2025, war im Berichtsjahr 2023 noch nicht bekannt.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

<b>Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CIRS- Messungen (Zwischenfälle)</li> </ul>

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

<b>Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:</b>
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ihre Meinung ist uns wichtig</li> </ul>
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ihre Meinung ist uns wichtig</li> </ul>
<i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stimmungsbarometer</li> </ul>

<b>Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:</b>
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sturzstatistik</li> </ul>
<i>Symptombelastung psychischer Störungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ESAS</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### KIS Implementierung

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

##### Re-Zertifizierung

<b>Ziel</b>	Erhalt Zertifikat
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamt Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023-2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Kontinuierliche Verbesserung, anerkannte Partner, konkurrenzfähig
<b>Methodik</b>	Externes Audit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Multi-professionelles Team
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Ende 2023 Audit für Zertifikat 2024

## Räumlichkeiten, die den medizinischen Standard entspricht

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

## Hygiene

<b>Ziel</b>	Neue Standards umsetzen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamt Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023 - 2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Erfahrungen aus der Corona-Zeit, Eruiierung neue Zusammenarbeitspartner
<b>Methodik</b>	PDCA
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle aber besonders das Behandlungsteam
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	2024

## Konzept Palliative Care

<b>Ziel</b>	Das Konzept ist für alle Mitarbeitenden einsehbar und präsent als Basis für unsere Palliative Care im PZHI
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamt Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023-2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Alle Mitarbeitenden wissen, wofür PZHI steht, Richtlinie, Nachschlagewerk
<b>Methodik</b>	PCDA
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Ende 2024

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

## KVP

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

## Ereignismeldung

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

## Palliative Sedierung

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

## Beschwerdemanagement

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

## OnkoZert (Tumorzentrum Universitätsspital Basel - Onkologisches zentrum)

<b>Ziel</b>	Erfüllung den Anforderungen des Palliativzentrum Hildegards
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ärztlicher Dienst und Pflegedienst
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Audit August 24
<b>Begründung</b>	Kontinuierliche Verbesserung, Anerkannte Partner, konkurrenzfähig
<b>Methodik</b>	Externes Audit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Arzt- und Pflege Bereich
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährlich

## Schmerz Evaluation

<b>Ziel</b>	Die Patient:innen mit Schmerzen über 3 haben am 3. Tag weniger Schmerzen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Behandlungsteam
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2016, permanent
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Lebensqualität bei den Patientinnen und Patienten stabilisieren
<b>Methodik</b>	Messung nach NRS
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Behandlungsteam
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährlich

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2014 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

#### **Bemerkungen**

Die anonym gemeldeten Ereignisse und Massnahmen werden in Teamsitzungen besprochen. Mitarbeitende werden dadurch sensibilisiert. Schulung findet zwei Mal jährlich statt. In deren Rahmen werden das Konzept, der Prozess sowie entsprechende Dokumente und die letzten Statistiken vorgestellt.

## 4.5 Registerübersicht

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

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

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

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>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>	

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
Label "Qualität in Palliative Care"	Palliativzentrum stationärer Bereich	2014	2021	gültig bis 2024
Label "OnkoZert"	Palliativzentrum stationärer Bereich	2016	2022	gültig bis 2024

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Eigene Befragung

##### 5.1.1 Ihre Meinung ist uns wichtig

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

Die Patient:innen können zu folgenden Themen Rückmeldung abgeben:

- Erster Eindruck
- ärztliche Betreuung
- pflegerische Betreuung
- andere Dienste
- Unterkunft und Verpflegung.

Sie haben die Möglichkeit, Bemerkungen zu den Rubriken Vorschläge, Kritik, Wünsche und Schlussbeurteilung zur Weiterempfehlungen abzugeben.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.  
In sämtlichen Bettenabteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Gesamtbeurteilung:

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

#### Angaben zur Messung

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

#### 5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

##### **Hildegard Klinik AG**

Beschwerdemanagement

Rolf Huck

CEO /VRP

061 319 75 26

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

Montag bis Freitag

## 6 Angehörigenzufriedenheit

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

### 6.1 Eigene Befragung

#### 6.1.1 Ihre Meinung ist uns wichtig

Die Rückmeldungen zur Zufriedenheit der An- und Zugehörigen tragen dazu bei, unsere Prozesse zu durchleuchten, damit wir uns kontinuierlich weiterentwickeln können und besonders auch die Anliegen der Zu- und Angehörigen im Blick behalten.

Generell können die An- und Zugehörigen Rückmeldungen zu den gleichen Themen Rückmeldungen abgeben, wie unsere Patient:innen.

- erster Eindruck
- ärztliche Betreuung
- pflegerische Betreuung
- andere Dienste
- Unterkunft und Verpflegung.
- Zusätzlich sind folgende Rubriken eingebaut: 1) wie wurden Sie durch das Klinik-Team begleitet und 2) wie empfanden Sie die Unterstützung.

Auch können die An- und Zugehörigen analog zu den Patient:innen Bemerkungen zu Vorschläge/ Kritik/Wünsche und eine Schlussbeurteilung zur Weiterempfehlung abgeben.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.  
In Sämtlichen Bettenabteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

#### Angaben zur Messung

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

## 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 Stimmungsbarometer

Der Zufriedenheitsgrad der Mitarbeitenden und ihre Verbesserungs-Ideen wurde abgefragt.  
Beteiligung = 63.2 % (56 Mitarbeitende)

Legende zur Bewertung der Fragen: 1 = sehr gut bis 5 = sehr unzufrieden. Der Gesamtzufriedenheits-Durchschnittswert lag bei 1.88

Abgefragt wurde die Zufriedenheit im Hinblick:

- Aufgabenbereich
- Handlungsfreiraum
- interdisziplinären Zusammenarbeit
- Kommunikation
- Zusammenarbeit in der Abteilung / in der Arbeitsgruppe / mit Vorgesetzten
- allgemeine Betriebsklima
- durch VG Informationsweitergabe
- Anerkennung Leistung / Förderung und Unterstützung
- Entwicklungsmöglichkeiten
- Unterstützung durch KL
- Gesamtzufriedenheit

"Top" drei der Zufriedenheit

1. Förderung und Unterstützung durch Vorgesetzte (1:64)
2. Zusammenarbeit mit Vorgesetzten (1.68)
3. Aufgabenbereich (1.74)

"Low" drei der Zufriedenheit:

1. Allgemeines Betriebsklima (2.07)
2. Unterstützung durch die Klinikleitung (2.07)
3. Interdisziplinäre Kommunikation (2.0)

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.  
Gesamte Klinik

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Das Resultat der Mitarbeitendenbefragung dient dem internen Gebrauch.

#### Angaben zur Messung

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

## Behandlungsqualität

### Messungen in der Akutsomatik

#### 12 Stürze

##### 12.1 Eigene Messung

###### 12.1.1 Sturzstatistik

Ziel der Sturzstatistik in unserem Haus ist es, einerseits Stürze auf einem Minimum zu halten und andererseits herauszufinden, ob und wenn ja, wie wir Stürze verhindern können.

Gemessen werden aufgetretene Verletzungen, Tageszeit und Sturzhäufigkeit.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Auf allen Bettenabteilungen

Es gibt keine Ausschlusskriterien.

Insgesamt waren 414 Patient:innen in stationärer Behandlung.

- 36 Patient:innen (8.7%) stürzten 41 Mal .
- 5 Patient:innen stürzten mehrmals. Dies trotz Massnahmen bzw., die Möglichkeit eines Sturzes wurde in Abwägung Autonomie / Sicherheit in Kauf genommen.
- Keine Verletzungen ca. 58.5 %
- Leichte Verletzungen ca. 41.5 %
- Es gab keine schwere Verletzungen.
- Stürze am Vormittag sind mit 31.7 % am häufigsten, am Nachmittag / Abend und in der Nacht ähnlich hoch mit 31.7 respektiv 26.8 %.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Excel Tabelle
---	---------------

# Messungen in der Psychiatrie

## 15 Symptombelastung psychischer Störungen

### 15.1 Eigene Messung

#### 15.1.1 ESAS

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.  
Auf allen Bettenabteilungen, bei jeder Patientin / jedem Patient

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	ESAS

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 KIS-Implementierung

Um Arbeitsabläufe in allen Bereichen zu vereinfachen wird KIS eingeführt.

Alle Daten (vor, während und nach Aufenthalt) werden dadurch schnell abrufbar, Doppelspurigkeiten werden minimiert. Für die standardisierten und individuellen Behandlungspläne gibt es einen deutlich besseren Überblick, der schneller zur Entscheidungsfindung beiträgt mit verbesserter Behandlungsqualität.

Wir erhoffen uns, neben erhöhter Sicherheit, einen speditiveren und verbesserten Prozessablauf und eine höhere Dokumentenqualität.

Alle unsere Dokumente und Prozesse sind im Rahmen der Implementierung KIS vom entsprechenden Besitzer/ der Besitzerin in dem Zusammenhang überprüft worden.

#### 18.1.2 Dokumentenüberprüfung

In Zusammenhang mit dem Audit und der KIS-Einführung wurden alle Dokumente der Besitzenden (Dokumenthalter:innen), welche in diesem Zusammenhang von Relevanz waren, überprüft und bei Bedarf geändert. Unser Konzept wurde gemäss der Bestimmungen von palliativequalite ausgerichtet.

#### 18.1.3 Hygiene-Konzept, Umsetzung

Unseres Hygiene-Konzept wurde nach den Erfahrungen der Corona-Zeit überarbeitet. Alle Mitarbeitenden wurden im Rahmen von internen Weiterbildungen auf das Konzept geschult.

Wir mussten einen neuen Zusammenarbeitspartner suchen, was wir erfolgreich abschliessen konnten.

#### 18.1.4 Prozesslandschaft, Überprüfung

Seit geraumer Zeit arbeiten Mitarbeitenden an den Prozessverläufen mit. Die Prozesse wurden von den jeweiligen Bereichen in Zusammenhang mit dem Audit und der Einführung KIS überprüft. Die Prozesslandschaft ist Teil des Management-Systems des PZHI. Das Managementsystem ist für alle Mitarbeitenden freigegeben.

## **18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023**

### **18.2.1 Epidemie-/ Pandemie-Richtlinien**

Die Corona-Richtlinien wurden in das Hygiene-Konzept integriert.  
Die Richtlinien wurden an sämtliche involvierten Mitarbeitenden geschult.

### **18.2.2 Interner Weiterbildungsplanung, Optimierung**

Die interne Weiterbildungsplanung wurde mit Erfolg umgesetzt.  
Die Mitarbeitenden werden per Kalendereinladung erinnert, die Veranstaltungen werden im Intranet publiziert. Um den Überblick über die Teilnahme der Mitarbeitenden zu behalten, wird einen Teilnehmenden-Excell-Tabelle geführt.

### **18.2.3 Mobile Palliative Care Team, Festigung**

Das Mobile Palliative Care Team ist etabliert, wird rege genutzt und laufend durch neue Benutzendengruppen, besonders Pflegeheime und Personal, erweitert.

## **18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte**

### **18.3.1 Re-Zertifizierung 2024**

In November 2023 hat das Audit stattgefunden. Unsere Prozesse und die dazugehörigen Dokumente wurden überprüft, aktualisiert und kommuniziert. Betrifft unseren Ärztlichen Dienst, alle Mitarbeitenden des Pflegedienstes und die Therapeuten und Therapeutinnen.

## 19 Schlusswort und Ausblick

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

Unsere Kooperationen dienen der Vernetzung und Qualitätssicherung. Ziel ist es, diese weiter auszubauen. Unter anderem wird der palliative Konsiliardienst vor allem für Hausärzte und Hausärztinnen sowie für Alters- und Pflegeheime im Rahmen des MPCT ausgebaut und das ambulante Angebot erweitert.

Durch die aktive Teilnahme an wöchentlich stattfindenden Tumorbesprechungen (Onkologie sowie Gynäkologie) im USB beteiligt sich das PZHI an der frühzeitigen Planung zur Betreuung von palliativen Patient:innen.

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

Mit dem Abschluss der Zertifizierung palliative.ch im September 2014 und eines Rezertifizierungsaudits 2019 durch eine anerkannte externe Stelle (EdelCert & Management GmbH) wurde unser Qualitätsmanagement bestätigt.

Auch der intensiverte Austausch durch die Übernahme von Fremdpraktika werdender Pflegefachpersonen sowie unsere grosszügigen Angebote von Hospitationen und ähnlichem, sind eine Form der Rückmeldung, die zu Qualitätsverbesserungen beitragen.

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

Das Umstellung von physischen Patient:innenakten auf elektronische Patientendokumentation trägt zu einer grösseren Sicherheit in der Dokumentation bei.

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

\* Die Übernahme des PZHI durch die Bethesda Spital AG im 2024 war zum Berichtszeitraum 2023 noch nicht bekannt.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

### Akutsomatik

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

### Bemerkungen

Palliative Care

## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

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