

Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

27.05.2025
Marco Fischer, CEO, Vorsitzender der Geschäftsleitung

Version 1



**Universitäts-Kinderspital beider Basel
(UKBB)**

www.ukbb.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2024.

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 Patient:innen 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 aktuell verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2024

Jennifer Lemke
Qualitätsbeauftragte
061 704 27 49
jennifer.lemke@ukbb.ch

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

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

Die Herausforderungen bleiben weiterhin vielfältig für die Spitäler und Kliniken. Sie müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

Der Personalmangel und nicht-kostendeckende Tarife waren für H+ und die Spitäler weiterhin ein grosses Thema. Anfang November 2024 wurde das ambulante Gesamt-Tarifsystem dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Viele Spitäler und Kliniken haben das Projekt bereits gestartet und erste Schritte erledigt.

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den Qualitätsvertrag (QV58a) zwischen curafutura, santésuisse und H+ genehmigt (vgl. [Medienmitteilung des Bundesrates](#)) und diesen per sofort in Kraft gesetzt. Der QV58a legt klare Regeln für eine verbindliche und transparente Qualitätsentwicklung fest; er gilt gesamtschweizerisch für alle Spitäler und Kliniken.

H+ hat einen analogen Qualitätsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – [Qualität – Qualitätsvertrag](#). Als Publikationsort wurde die Plattform spitalinfo.ch bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdeklaration vorgenommen. Ab der Vorlage 2025 werden dann diese Angaben zur Qualitätsentwicklung automatisch in den H+ Qualitätsbericht integriert.

Der Qualitätsbericht 2024 ist wiederum aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Im aktuellen Qualitätsbericht können zudem erstmalig die IQM Peer Review Verfahren aufgeführt werden.

Die bisherige Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wird künftig abgelöst. Auf Initiative der Spitäler und Kliniken, ist der ANQ daran andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen und weiterzuentwickeln. Das Ziel ist, künftig klinische Routinedaten und somit Daten aus den elektronischen Patientendokumentationen nutzbar zu machen, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen.

Im H+ Qualitätsbericht sind jeweils neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

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 diesen Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Impressum | 2 |
| Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen | 3 |
| 1 Einleitung | 6 |
| 2 Organisation des Qualitätsmanagements | 7 |
| 2.1 Organigramm | 7 |
| 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement | 8 |
| 3 Qualitätsstrategie | 9 |
| 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024 | 9 |
| 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024 | 12 |
| 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren | 13 |
| 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten | 14 |
| 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen | 14 |
| 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen | 14 |
| 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen | 15 |
| 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte | 16 |
| 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen | 21 |
| 4.4.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews | |
| 4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs) | 22 |
| 4.5 Registerübersicht | 24 |
| 4.6 Zertifizierungsübersicht | 28 |
| QUALITÄTSMESSUNGEN | 30 |
| Zufriedenheitsbefragungen | 31 |
| 5 Patientenzufriedenheit | 31 |
| 5.1 Eigene Befragung | 31 |
| 5.1.1 Feedback zur Behandlung und Aufenthalt im UKBB | 31 |
| 5.1.2 Kinderfragebogen "Deine Meinung ist gefragt" | 32 |
| 5.2 Beschwerdemanagement | 33 |
| 6 Angehörigenzufriedenheit | 34 |
| 6.1 Nationale Befragung im Kinderbereich in der Akutsomatik – Eltern | 34 |
| 7 Mitarbeitendenzufriedenheit | 36 |
| 7.1 Eigene Befragung | 36 |
| 7.1.1 Mitarbeitendenzufriedenheit | 36 |
| 8 Zuweiserzufriedenheit | 37 |
| 8.1 Eigene Befragung | 37 |
| 8.1.1 Online-Umfrage an die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte zur Zufriedenheit der Dienstleistungen im UKBB | 37 |
| Behandlungsqualität | 38 |
| Messungen in der Akutsomatik | 38 |
| 9 Wiedereintritte | 38 |
| 9.1 Eigene Messung | 38 |
| 9.1.1 Fallzusammenführung | 38 |
| 10 Operationen | |
| Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant. | |
| 11 Infektionen | 39 |
| 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte | 39 |
| 12 Stürze | |
| Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant. | |
| 13 Dekubitus | |
| Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant. | |
| Messungen in der Psychiatrie | 41 |
| 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen | 41 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 14.1 | Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen..... | 41 |
| 14.1.1 | Fallzahlen freiheitseinschränkender Massnahmen innerhalb SanaCERT Standard 30 Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen | 41 |
| 15 | Symptombelastung psychischer Störungen Messstart: 2025, bisher nicht relevant | |
| | Messungen in der Rehabilitation | 0 |
| 16 | Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant. | |
| | Weitere Qualitätsaktivitäten | 42 |
| 17 | Weitere Qualitätsmessung | 42 |
| 17.1 | Weitere eigene Messung | 42 |
| 17.1.1 | Beschwerden (Akutsomatik, Psychiatrie)..... | 42 |
| 18 | Projekte im Detail | 43 |
| 18.1 | Aktuelle Qualitätsprojekte | 43 |
| 18.1.1 | Umsetzung des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG | 43 |
| 18.1.2 | Dokumentenlenkung mit eDoc | 43 |
| 18.1.3 | Umsetzung Strategie Noso | 44 |
| 18.1.4 | Patient Reported Outcome Measures (PROMs)..... | 45 |
| 18.1.5 | Monitoring Besiedelungsstatus multiresistente Erreger | 45 |
| 18.1.6 | Zuweisportal..... | 45 |
| 18.1.7 | Compliance | 46 |
| 18.1.8 | Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)..... | 46 |
| 18.2 | Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024 | 47 |
| 18.2.1 | Umstellung SwissDRG auf TARPSY | 47 |
| 18.2.2 | Mehr Zeit am Patienten mit Lean Management | 47 |
| 18.2.3 | Erfassung Zentralvenenkatheter-assoziierte Infektionen | 47 |
| 18.2.4 | Zentrales Patienten- und Zuweisermanagement (PZM) | 48 |
| 18.2.5 | Zertifizierung qualitépalliative | 48 |
| 18.2.6 | Anpassung des Risikomanagement-Prozesses..... | 48 |
| 18.3 | Aktuelle Zertifizierungsprojekte | 48 |
| 18.3.1 | Neuer Qualitäts-Standard: Ernährung..... | 48 |
| 19 | Schlusswort und Ausblick | 49 |
| | Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot..... | 50 |
| | Akutsomatik | 50 |
| | Herausgeber | 52 |

1 Einleitung

Das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) ist ein eigenständiges universitäres Kompetenzzentrum für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Lehre und Forschung und eines der drei selbstständigen Kinderspitäler der Schweiz. Träger des UKBB sind die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Durch das hochstehende medizinische Angebot sichert das UKBB die kantonale kinder- und jugendmedizinische Gesundheitsversorgung und dient ebenfalls der regionalen und überregionalen Gesundheitsversorgung. Dabei gehört das UKBB zu den führenden universitären kinder- und jugendmedizinischen Zentren der Schweiz.

Qualität hat im UKBB einen hohen Stellenwert. Organisatorisch ist das Qualitätsmanagement der obersten operativen Leitung angegliedert. Das UKBB führt eine Qualitäts- und Risikokommission (QRK), die interdisziplinär aufgebaut ist. Mit der Unterstützung der QRK initiieren, koordinieren und unterstützen die Qualitätsbeauftragten qualitätssichernde Massnahmen und tragen zu einer stetigen Qualitätsentwicklung bei.

Um sicherzustellen, dass die Qualität den geforderten und intern gesetzten Ansprüchen genügt, wird das UKBB seit 2004 von der Schweizerischen Stiftung für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen SanaCERT Suisse zertifiziert. Externe Expert*innen bewerten dabei mit jährlichen Audits spezifische Qualitätsstandards/Qualitätsthemen. Alle drei Jahre findet eine Re-Zertifizierung statt. Um Situationen und bestehende Prozesse immer wieder zu analysieren, Optimierungsmöglichkeiten zu erkennen und die gesetzten Ziele zu überprüfen, werden Kennzahlen und Qualitätsmessungen eingesetzt. Hierfür beteiligt sich das UKBB an den Qualitätsmessungen des nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), wie z.B. der Patienten- und Elternzufriedenheit und der Messung von Wundinfektionen nach Appendektomien. Ergänzend zu den nationalen Qualitätsmessungen definiert das UKBB jährlich Qualitätsziele, die mittels eigener interner Kennzahlen überprüft werden.

Im Berichtsjahr 2024 engagierten sich die Mitglieder der QRK, der Compliance-Kommission, der SanaCERT-Standardgruppen sowie zahlreiche weitere Mitarbeitende an einer Vielzahl von Qualitätsprojekten. Ein zentraler Schwerpunkt lag auf der Umsetzung der Anforderungen des neuen Qualitätsvertrags im Hinblick auf die Umsetzung von definierten Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Ebenso war die Umstellung von SwissDRG auf TARPSY in der Kinder- & Jugendpsychiatrie/-Psychosomatik ein wesentliches Thema. In beiden Bereichen wurden zahlreiche Prozessbeschreibungen erstellt oder überarbeitet, mit dem Ziel, Abläufe effizienter zu gestalten und wo immer sinnvoll zu digitalisieren. Parallel dazu führten interne Audits, Befragungen und weitere Messinstrumente zu einer Vielzahl konkreter Verbesserungsvorschläge, die als neue Projekte initiiert und teilweise bereits umgesetzt wurden. Die Arbeit der Compliance-Kommission hat sich etabliert und fokussiert sich auf die Überprüfung ausgewählter Themenbereiche im Sinne des PDCA-Zyklus.

Darüber hinaus war das Qualitätsmanagement aktiv an der Konzeption einer neuen Elternbefragung beteiligt, passte den Risikomanagement-Prozess an, koordinierte die Vorbereitung auf externe Begehungen u.a. durch kantonale Aufsichtsbehörden und arbeitete an den Anforderungen für anstehende neue Zertifizierungen.

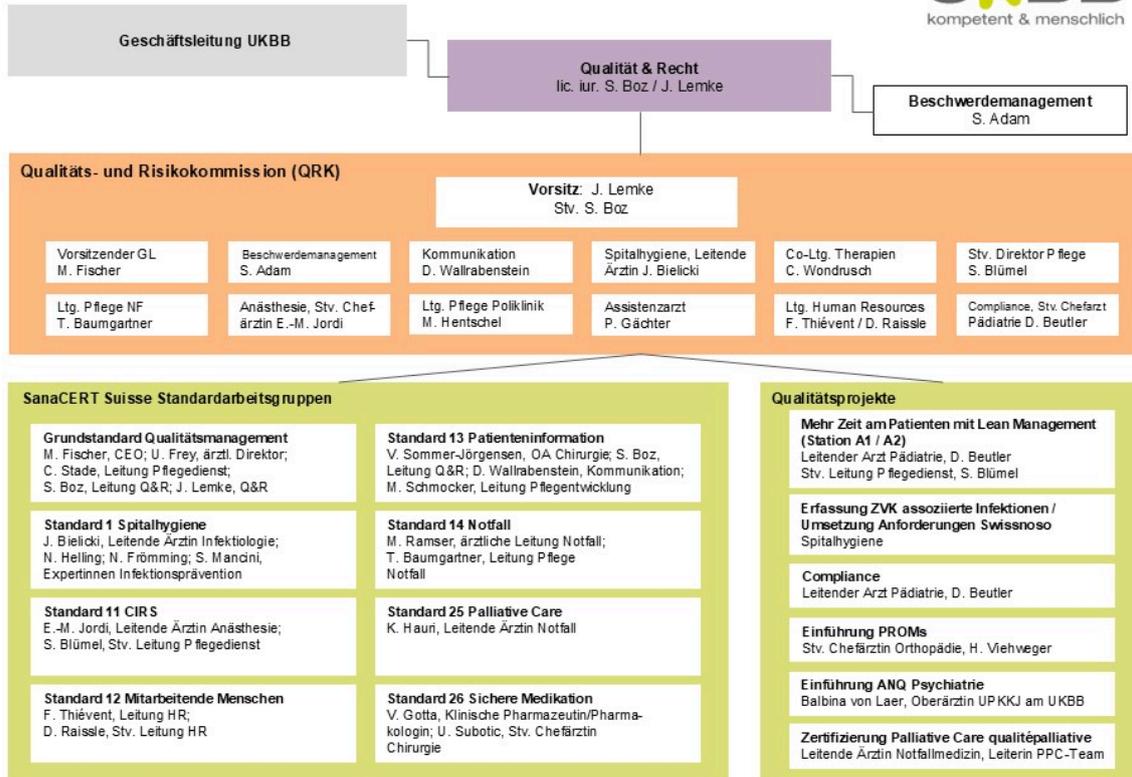
Auch im Jahr 2024 zeigten die Mitarbeitenden ein starkes Engagement für die kontinuierliche Qualitätsentwicklung. Trotz zahlreicher paralleler Aufgaben und kurzfristiger externer Anforderungen konnten etliche Qualitätsmassnahmen erfolgreich umgesetzt und definierte Ziele erreicht werden.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organisatorische Einbindung des Qualitäts-/Risikomanagements im UKBB



Stand November 2024

Abteilung Qualität & Recht

Die Abteilung Qualität & Recht ist für Qualitäts- und Rechtsfragen sowie für das Beschwerdemanagement und Zufriedenheitsumfragen bei Patient*innen und Eltern verantwortlich. Die Qualitätsbeauftragte plant, organisiert und monitorisiert Prozesse für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Qualität. Für die Überprüfung des Qualitäts- und Risikomanagements ist die Qualitäts- und Risikokommission (QRK) zuständig. Die Steuerung und Verantwortung liegen bei der Geschäftsleitung. Die Abteilung Q&R ist dem Vorsitzenden der Geschäftsleitung als Stabstelle unterstellt. Jährlich wird ein Qualitätsbericht verfasst und Anfang des Jahres der Geschäftsleitung (GL) und dem Verwaltungsrat (VR) vorgelegt.

Qualitäts- und Risikokommission (QRK)

Die Qualitäts- und Risikokommission ist interdisziplinär zusammengesetzt. Die Mitglieder vertreten die Bereiche der Geschäftsleitung, des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-therapeutischen Dienstes, der Spitalhygiene und Infektionsprävention, der Kommunikationsabteilung und der Abteilung Human Resources.

Die QRK setzt sich für die Einhaltung und kontinuierliche Verbesserung der Qualität im UKBB ein. Sie überwacht die Qualitätsentwicklungen und Risiken und unterstützt die Abteilungen bei der Einführung und Umsetzung von Q-Massnahmen und Q-Projekten. Sie setzt sich aus 14 Personen verschiedener Spitalbereiche zusammen und trifft sich jährlich zu sechs Sitzungen.

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **160%** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Jennifer Lemke
Qualitätsbeauftragte UKBB
+41 61 704 27 49
jennifer.Lemke@ukbb.ch

Frau Sura Boz
Leiterin Qualität & Recht
+41 61 704 27 09
sura.boz@ukbb.ch

Frau Sylvia Adam
Beschwerdemanagerin
061 704 29 41
sylvia.Adam@ukbb.ch

3 Qualitätsstrategie

Strategie UKBB 2022++

Patientenorientierung, Wachstum, digitale Transformation

1. Stärkung der Wettbewerbsposition als überregionaler Gesundheitsversorger
 - Überschreiten der kritischen Grösse durch markantes Wachstum in Fallzahlen und Spezialisten
 - Attraktive, innovative Zusammenarbeitsmodelle mit überregionalen Kooperationen oder Zusammenschlüssen (Vom UKBB zum UKNW)
 - Etablierung als pädiatrischer Forschungscampus NWCH
2. Aufbau eines integrierten Versorgungsangebots
 - Ausrichtung auf Patientenbedürfnisse und Leistungsangebot entlang des Patientenpfads
 - Festlegen der Wertschöpfungstiefe nach Qualitäts- und Rendite-Kriterien
 - Entwicklung innovativer, neuer Versicherungsverträge im Kontext eines integrierten Versorgungsangebots
 - Ausbau von digitalen und telemedizinischen Angeboten
3. Digitale Transformation
 - Standardisierung und Automatisierung der Kern- und Supportprozesse
 - Aufbau Datenanalyse und -nutzung (personalisierte Medizin und Künstliche Intelligenz)
 - Erhöhung der Arbeitgeberattraktivität durch innovative Arbeitsmodelle
 - Etablierung einer auf neue Arbeitswelten 4.0 ausgerichteten Führungskultur

Qualitätsziele 2024

1. Patientenzufriedenheit sichern / erhöhen
 - Gesamtzufriedenheit der Patienten und Patientinnen dauerhaft sichern
 - "Mehr Zeit am Patienten" durch Reduktion der administrativen Tätigkeit zugunsten der Patientenbetreuung
2. Patientensicherheit erhöhen
 - Hohe Compliance der Patientenübergabe nach dem IPASS Modell
 - Sichere Anwendung mit dem Patientenidentifikationsarmband
3. Vereinfachung von Prozessen
 - Gesamtzufriedenheit der Nutzer und Nutzerinnen mit der ICT steigern
 - Gesamtzufriedenheit der Zuweisenden steigern
 - Erfolgreicher Betrieb und Steigerung der Nutzerzufriedenheit mit dem Klinikinformationssystem KISIM
 - Sicherstellung einer zentralen Zugänglichkeit, schnelles Auffinden von stetig aktualisierten Dokumenten im Dokumentenlenkungssystem
5. Mitarbeitendenzufriedenheit erhöhen
 - Zufriedenheit der Mitarbeitenden erhöhen
6. Vorhandene Führungsinstrumente / Festgelegte Verantwortlichkeiten
 - Für alle Mitarbeitenden ist eine aktuelle Stellenbeschreibung vorhanden, die regelmässig auf ihre Aktualität überprüft wird

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

Compliance im UKBB

Die Geschäftsleitung des UKBB erachtet die Einhaltung von Regularien und die Compliance als wichtige Aufgabe des Gesamtkrankenhauses. Um die flächendeckende Durchdringung von Regularien (Konzepten und Prozessen) im medizinischen/pflegerischen Bereich besser überwachen und sicherstellen zu können, wurde eine Compliance-Kommission und ein Compliance Beauftragter benannt, mit dem Ziel, Schwachstellen aufzudecken und nötigenfalls Verbesserungsvorschläge anzubringen. Die Hauptaufgaben der Kommission umfassen die Identifizierung von Themen mit

potenziellem Verbesserungsbedarf und entsprechende Vorschläge an die GL. Nachdem die GL die Schwerpunkte für das Jahr festgelegt hat, überprüft die Compliance-Kommission die Einhaltung des jeweiligen Themas. Auf Grundlage der Ergebnisse entwickelt sie potenzielle Massnahmen zur Verbesserung, die der GL präsentiert und auf einer anderen Ebene umgesetzt werden.

Im Jahr 2024 widmete sich die Compliance-Kommission zwei zentralen Themen und verfolgte ein laufendes Projekt aus dem Vorjahr.

Ein Schwerpunkt war die Sicherstellung der korrekten Nutzung von Patienten-Identifikationsarmbändern (PIB). Dabei kontrollierte die Compliance-Kommission rund 80 Patient*innen auf sechs Stationen/Abteilungen. Überprüft wurde ein korrektes Tragen des PIB, die Lesbarkeit der Daten, eine saubere und richtige Anbringung, die korrekte Dokumentation in der Antrittskontrolle im KISIM durch Pflegefachpersonen, sowie die Gründe für das Nichttragen des PIB.

Das zweite Projekt der Compliance-Kommission befasste sich mit der Analyse von Fehlern in der elektronischen Medikamentenverordnung. Um die Häufigkeit und Art der Fehler zu erfassen, erstellte die Compliance-Kommission eine Fehlererfassungs-Umfragekarte. Diese wurde an die Pflegefachpersonen auf zwei Stationen verteilt, die während des gesamten Monats Juni die Fehler systematisch dokumentierten.

Basierend auf den Ergebnissen der Untersuchung von 2023 zur Analyse der Patientenübergaben an Schnittstellen wird derzeit ein Projekt zur Optimierung der Prozesse umgesetzt. Dieses Projekt wird von einer definierten interdisziplinären Projektgruppe durchgeführt.

Die Überprüfungen führten alle zu Verbesserungsmassnahmen, die sich 2024 in Umsetzung befanden. Die Compliance-Kommission wird Wirksamkeitsüberprüfungen durchführen, sobald die Massnahmen abgeschlossen und etabliert sind, um abschliessend den PDCA-Zyklus zu vollenden.

Zertifizierung qualitépalliative

Anfang 2024 entschloss sich das UKBB die bestehende Zertifizierung bei SanaCERT Suisse auf "qualitépalliative" zu ändern, um das Label Qualität in Palliative Care zu erhalten.

Das Palliative-Care-Team arbeitete mit grossem Engagement an der Umsetzung der neuen Anforderungen, die über die bisherigen Standards hinausgehen. Neben der Überarbeitung und Verschriftlichung von Prozessen mussten auch neue Assessments ausgewählt und implementiert werden, um die geforderten Kriterien zu erfüllen. Im November 2024 konnten sämtliche Unterlagen fristgerecht und vollständig eingereicht werden.

Die Zertifizierung nach "qualitépalliative" fand am 19. Dezember 2024 statt. Vier externe Auditor*innen, zusammengesetzt aus Fachpersonen der Pflege, der ärztlichen und psychologischen Seite sowie einem Lead Auditor der Zertifizierungsstelle besuchten das UKBB und führten Interviews mit den Mitgliedern des Palliative Care Teams. Das Team hat die Zertifizierung erfolgreich bestanden. Es wurde festgestellt, dass alle Anforderungen und Kriterien erfüllt sind. Es wurden keine Auflagen ausgesprochen.

Umstellung SwissDRG auf TARPSY

Das Abrechnungssystem der Kinder- & Jugendpsychiatrie/Psychosomatik des UKBB änderte per 01.01.2025 von SwissDRG auf Tarpsy, was im Jahr 2024 zahlreiche Prozessanpassungen mit sich brachte.

Im Zuge der Umstellung wurden die Einführung von ANQ-Messungen, wie der

Symptombelastungserfassung HoNOSCA und HoNOSCA-SR, der Patienten- und Elternzufriedenheit sowie die Erhebung zu freiheitseinschränkenden Massnahmen, auf Anfang des Jahres 2025 vorgesehen. Dies erforderte eine strukturierte Planung, die Erstellung von Prozessbeschreibungen und Anpassungen im KISIM zur Erfassung der Qualitätsmessungen. Darüber hinaus wurden auch andere Prozesse, wie die Belastungserfassung, neu strukturiert.

Ab 2025 wird mit der neuen Vorgehensweise gearbeitet, wobei die ersten offiziellen Ergebnisse und nationalen Vergleichsauswertungen im Jahr 2026 verfügbar sein werden. Erfahrungsberichte und Rückmeldungen aus der Abteilung werden im Laufe des Jahres 2025 erhoben. In einem weiteren Schritt sollen auf Basis der Ergebnisse Ziele und Massnahmen definiert werden, die zur Optimierung der Prozesse und zur Steigerung der Ergebnisqualität beitragen können.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

| Qualitätsziel | Messgrösse / Indikator | Angestrebte Zielerreichung | Ergebnisse 2024 |
|--|--|---|--|
| Patientenzufriedenheit dauerhaft sichern | Gesamtzufriedenheit der Online-Befragung in % | ≥ 87.5 % | 85.78% |
| «Mehr Zeit am Patienten» | Umfrage auf Basis einer validierten Tätigkeitserhebung von hoch 2: «Wieviel Prozent Ihrer jährlichen Tätigkeit verwenden Sie auf...» | Reduktion der administrativen Tätigkeit um 2 % zugunsten der Patientenbetreuung | <u>Ärzt*innen</u> Direkte Patientenb.: 40 % Administration: 21 % = Steigerung der direkt. Patientenbetreuung um 7 % mit Reduktion administrativer Tätigkeiten um 9 %. <u>Pflege</u> Direkte Patientenb.: 46 % Administration: 14 % = kaum eine Verschiebung ersichtlich, jedoch tiefer Rücklauf |
| IPASS-Modell | Online-Umfrage an Anwendende | IPASS Modell wird eingehalten, hohe Compliance | Projekt in Umsetzung |
| Sichere Anwendung mit dem Patienten-identifikationsarmbandes (PIB) | Direkte Überprüfung bei Patient*innen durch die Compliance-Kommission | 885 % der Patient*innen tragen das PIB | Februar 2024: 75 % November 2024: 82 % |
| Nutzerzufriedenheit mit ICT | Auswertung ICT Umfrage / Gesamtzufriedenheit | ≥ 77 % | 77.59 % inkl. Hint AG 80.32 % ohne Hint AG |
| Zufriedenheit Zuweisende | Auswertung der Umfrage bei Zuweisenden / Gesamtzufriedenheit | ≥ 68 % | Nächste Umfrage 2026 |
| Erfolgreicher Betrieb KISIM | Nutzerumfrage zu KISIM | ≥ 70 % | Umfrage wird am nächsten KISIM Board diskutiert, nächste Umfrage 2025/2026 |
| Überarbeitung und Migration der Dokumente in eDoc | Prozent der revidierten und migrierten Dokumente in eDoc | 1. Überarbeitung der medizinisch/ pflegerischen/ therapeutischen Dokumente 2. Festlegung welche weiteren Dokumente zu migrieren sind inkl. Besprechung mit den Prozess-Eignern bis Ende 2024 | 1. 39 % der Prozesse sind überarbeitet und migriert. 2. Klare neue Ordnerstruktur in eDoc wurde erstellt. Neue Regelung festgelegt: Dokumente der Verwaltung werden migriert, wenn es sich um neue Dokumente handelt oder sobald diese zu überarbeiten sind. |
| Zufriedenheit der Mitarbeitenden erhöhen | Mitarbeitendenumfrage Gesamtzufriedenheit | Erhöhung der MA-zufriedenheit um 5 % (2018: 67.2 %, Vergleich erschwert, da Befragung mit neuem Institut) | Dimension Zufriedenheit Mittelwert: 73 Gesamt-Mittelwert: 75 |
| | Absenzenquote | ≤ 4.3 % | 4.36 % |
| Für jeden Mitarbeitenden ist eine aktuelle Stellenbeschreibung | Anzahl der vorhandenen Stellenbeschreibungen (jährlich auf Aktualität überprüft) | 100 % | Derzeit keine elektronische Auswertung möglich. Schätzwert 75 %. |

vorhanden

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualitätsmessungen UKBB 2022-2027

| | <u>2024</u> | <u>2025</u> | <u>2026</u> | <u>2027</u> |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <u>Interne Qualitätsmessungen</u> | | | | |
| Elternzufriedenheit | X | X | X | X |
| Zufriedenheit Kinder | X | X | X | X |
| Erfassung eingehender Beschwerden | X | X | X | X |
| Mitarbeiterzufriedenheit | X | | | X |
| Zufriedenheit Einführungstag | X | X | X | X |
| Zufriedenheit Zuweisende | | | X | |
| Erfassung CIRS Fälle | X | X | X | X |
| Erfassung Haftpflichtfälle | X | X | X | X |
| <u>Externe Qualitätsmessungen</u> | | | | |
| ANQ Elternzufriedenheit | | | X | |
| ANQ Infektion nach Appendektomie | X | X | X | X |
| Dekubitusprävalenzerfassung* | | | | |
| Swissmedic | | | | |
| Assistentenzufriedenheit FMH | X | X | X | X |
| <u>Interne- und Externe Audits und Überprüfungen</u> | | | | |
| Sanacert Suisse | X | X | X | X |
| "Ausgezeichnet für Kinder" (Gkind) | X | | X | |
| JACIE | X | X | X | X |
| Schweiz. Akkreditierungsbehörde (SAS) | | X | X | X |
| Qualitätsmonitoring beider Basel | X | X | X | X |
| <u>Weitere Messungen / Erhebungen</u> | | | | |
| Qualitätsziele / Qualitätsindikatoren | X | X | X | X |

*Derzeit kein Angebot über den ANQ

Schwerpunktt Themen 2025

- Umsetzung Q-Vertrag nach Art. 58a KVG
- Etablierung neuer ANQ Messungen Psychiatrie (A3) ab 01.01.2025
- Begehung durch die Gesundheitsdepartemente BS und BL auf der Psychosomatik A3 im März 2025.
- Internes Audit im 12. und 17. Juni 2025
- Aufbau SanaCERT Suisse Standard Ernährung
- Überwachungsaudit SanaCERT Suisse am 12.09.2025
- Compliance: Patientenidentifikationsarmband, Medikationsfehler, Übergaben nach dem IPASS Modell
- Projekte: NosoEx, PROMs, "Mehr Zeit am Patienten" mit Lean Management

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:

Akutsomatik

- Nationale Befragung im Kinderbereich in der Akutsomatik – Eltern
- Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

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

- ANQ-Messungen

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"> ▪ Feedback zur Behandlung und Aufenthalt im UKBB ▪ Kinderfragebogen "Deine Meinung ist gefragt" |
| <i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitarbeitendenzufriedenheit |
| Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt: |
| <i>Wiedereintritte</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallzusammenführung |
| <i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallzahlen freiheitseinschränkender Massnahmen innerhalb SanaCERT Standard 30 Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen |
| <i>Weitere Qualitätsmessung: Akutsomatik</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschwerden |
| <i>Weitere Qualitätsmessung: Psychiatrie</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschwerden |

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Grundstandard SanaCERT Suisse: Qualitätsmanagement

| | |
|--|--|
| Ziel | Kontinuierliche Verbesserung |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Ganzes Spital |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | laufend |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Das UKBB verfügt über ein systematisch aufgebautes Qualitätsmanagementsystem und entwickelt dieses kontinuierlich weiter. |
| Methodik | PDCA-Zyklus, das Qualitätsmanagementsystem wird von der obersten operativen Führungsebene mitgetragen, Qualitäts- und Risikokommission mit regelmässigen Sitzungen, die Mitarbeitenden werden in die Qualitätsarbeit einbezogen. |
| Involvierte Berufsgruppen | Alle Mitarbeitenden des UKBB. |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023. |
| Weiterführende Unterlagen | Projekte: Patient Reported Outcome Measures (PROMs), "Mehr Zeit am Patienten" mit Lean Management, Überprüfung der Compliance verschiedenster Themen |

Standard 1 SanaCERT Suisse: Infektionsprävention & Spitalhygiene

| | |
|--|--|
| Ziel | "Wir wollen eine einwandfreie Spitalhygiene» |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Ganzes Spital |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Prävention von nosokomialen Infektionen, Mitarbeitende für spitalhygienisch relevante Themen fortlaufend sensibilisieren |
| Methodik | PDCA-Zyklus, Erfassung postoperativer Wundinfektionen (Swissnoso) nach Appendektomie im Auftrag von ANQ, Erfassung aller Infektionen durch relevante Erreger mit Selektion der nosokomialen Zuordnung |
| Involvierte Berufsgruppen | Spitalhygiene und alle Mitarbeitende |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023. |
| Weiterführende Unterlagen | Projekte: Erfassung von ZVKs und Central line associated bloodstream infections (CLABSI-Surveillance), Ausbruchstracking, Händehygiene Compliance Monitoring (NosoEx), Umsetzung der Anforderung Swissnoso |

Standard 11 SanaCERT Suisse: Umgang mit kritischen Ereignissen (CIRS)

| | |
|--|---|
| Ziel | «Aus (potenziell) kritischen Ereignissen lernen» |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Ganzes Spital |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Patientensicherheit: Sensibilisierung für kritische Zwischenfälle, Förderung der anonymen Berichterstattung, Konstruktive Analyse der Zwischenfälle, Verbesserung für unser Arbeitssystem erarbeiten und formulieren, Steigerung der Behandlungsqualität und -sicherheit für unsere Patient*innen |
| Methodik | CIRS-Meldesystem |
| Involvierte Berufsgruppen | Alle Mitarbeitenden mit Patientenkontakt |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023 |
| Weiterführende Unterlagen | CIRS-Reporting, CIRS-Konferenzen, Projekte: Evaluation eines neuen Medesystems zur besseren Monitorisierung von Massnahmen und deren Wirksamkeit |

Standard 12 SanaCERT Suisse: Mitarbeitende Menschen - Human Resources

| | |
|--|--|
| Ziel | Führung, Förderung und Schutz der Mitarbeitenden |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Ganzes Spital |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Beziehungsgestaltung zwischen Mitarbeitenden und dem Spital als Organisationseinheit, der Standard enthält Elemente der Führung, der Förderung und des Schutzes von Mitarbeitenden. |
| Methodik | Verschiedene Projekte wie die Einführung des elektronischen Personaldossier, Führungsschulungen, laufend verschiedene Angebote zur Gesundheitsförderung (Burnout Präventionskampagne), Mitarbeitendenbefragung |
| Involvierte Berufsgruppen | Alle Mitarbeitende, inbes. Führungspersonen |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023. |
| Weiterführende Unterlagen | Projekte: Optimierung Rekrutierungskanäle, Mitarbeitenden Umfrage, Employer Branding, Führungsschulungen, Partizipative Dienstplanung, Digitalisierung der HR-Prozesse |

Standard 13 SanaCERT Suisse: Patienteninformationen

| | |
|--|--|
| Ziel | Unsere Patient*innen und Eltern sind gut informiert. |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Ganzes Spital |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Aufklärungs- und Informationspolitik: Der Standard definiert wichtige Eckpunkte der ärztlichen Aufklärung, Eltern und Patient*innen werden vor allen invasiven Massnahmen zur Diagnose, Behandlung und Therapie angemessen informiert (= ärztliche Aufklärung) und können dadurch ihr Recht auf Entscheidung und Mitsprache wahrnehmen (informed consent), Eltern und Patient*innen erhalten Informationen (= Patienteninformationen), die ihnen beim Umgang mit einer Krankheit und der Genesung behilflich sind. |
| Methodik | Ärztliches Aufklärungskonzept und Eltern-/Patienteninformationen, fortlaufende Überprüfung des Bedarfs an ärztlichen Informationsblättern, standardisierter Ablauf bei Erstellung und Aktualisierung von pflegerischen Patienteninformationen |
| Involvierte Berufsgruppen | Ärzeschaft, Pflegefachkräfte |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023. |
| Weiterführende Unterlagen | Ärztliches Aufklärungskonzept, Informationsblätter für Eltern. Projekte: Erfassen und Vereinheitlichen und Aktualisierung aller Patienteninformationen, Ablage aller Patienteninformationen auf der Website, Digitalisierung aller Patienteninformationen |

Standard 14 SanaCERT Suisse: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation

| | |
|--|---|
| Ziel | "Die Notfallstation als Aushängeschild" |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Interdisziplinäre Notfallstation |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Die Notfallstation stösst durch hohe Patient*innenzahlen an räumliche und personelle Kapazitätsgrenzen. Insbesondere die Patient*innen des ATS-Triage-Score 4 und 5 (der nicht-lebensbedrohlichen Erkrankungen) kommen in hoher Zahl vor und binden Zeit und Ressourcen für die Behandlung der lebensbedrohlichen Patient*innen |
| Methodik | Erfassung von „Overcrowding“ Situationen, Monitorisierung von durchschnittlichen maximalen Wartezeiten bis zum ersten Arztkontakt, die durch den ATS vorgegeben sind. |
| Involvierte Berufsgruppen | Ärzterschaft, Pflegefachkräfte |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023. |
| Weiterführende Unterlagen | Projekte: Inbetriebnahme Notfall-Betrieb-2 und organisatorische und räumliche Trennung von Patient*innen unterschiedlichster Triage-Kategorien (abgeschlossen), Einführung von Anzeigetafeln (abgeschlossen), Wirksamkeitsüberprüfung Notfall-Betrieb-2 |

Standard 25 SanaCERT Suisse: Palliative Care

| | |
|--|---|
| Ziel | Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und Begleitung für Kinder, Eltern und Angehörige |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Ganzes Spital |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Eine wirkungsvolle pädiatrische Palliativversorgung ist nur mit einem breiten multidisziplinären Ansatz möglich, der die Familie und alle öffentlichen Ressourcen mit einbezieht. |
| Methodik | PDCA-Zyklus |
| Involvierte Berufsgruppen | Interdisziplinäres Team |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023. |
| Weiterführende Unterlagen | Konzept Palliative Care, Projekt: Weitere Zertifizierung Qualität Palliative (abgeschlossen) |

Standard 26 SanaCERT Suisse: Sichere Medikation

| | |
|--|---|
| Ziel | Unsere Patient*innen erhalten die richtigen Medikamente zur richtigen Zeit in der richtigen Dosierung. |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Alle Stationen |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | Laufend |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Gewährleistung der Patientensicherheit |
| Methodik | Medikationsassoziierte CIRS-Meldungen, Anwendung des Patientenidentifikationsarmbandes, Elternzufriedenheit zur Medikamenteninformation, In Evaluation: Anteil Verordnungen über Pädiatrie-Erweiterung / Standard-Parenteralia-Verordnungen (Mix) |
| Involvierte Berufsgruppen | Ärzeschaft, Pflegefachkräfte |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Jährliches internes Audit, jährliches Überwachungsaudit SanaCERT Suisse, alle 3 Jahre eine Re-Zertifizierung, letztmals im Oktober / November 2023. |
| Weiterführende Unterlagen | Projekte: Monitoring und Optimierung eMedikation, Unterstützung Einführung der eMedikation auf der Neonatologie, Evaluation Typ und Häufigkeit von elektronischen Verordnungsfehlern zur Schulungsverbesserung |

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Durchführung Internes Audit

| | |
|--|---|
| Ziel | Fördern von Qualitätsverbesserungen, Sicherstellung der Einhaltung von Vorschriften, Aufnahme des IST-Zustandes der Umsetzung der SanaCERT Suisse Norm, Bewertung des PDCA-Zyklus bzw. der Weiterentwicklung der Qualitätsstandards |
| Bereich, in dem die Aktivität läuft | Gesamtes UKBB |
| Aktivität: Laufzeit (seit...) | Seit 2004 |
| Art der Aktivität | Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität. |
| Methodik | Befragung der Standardgruppen SanaCERT Suisse, Interviews mit Mitarbeitenden des UKBB |
| Involvierte Berufsgruppen | Alle Berufsgruppen |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Die Wirksamkeit bzw. Umsetzung von Massnahmen aus den Vorjahren werden überprüft |

Bemerkungen

Insgesamt konnte aus dem Internen Audit 2024 eine gute Durchdringung festgestellt werden. Einzelne Verbesserungspotenziale wurden identifiziert und als Empfehlungen an die Standardgruppen weitergeleitet. Ein zusammengefasster Auditbericht wurde der Geschäftsleitung UKBB sowie SanaCERT Suisse vorgelegt.

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 2000 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 Patient:innen individuelle, subjektive Wahrnehmung einer Behandlung auf die Lebensqualität. Neben anderen Indikatoren messen sie die Behandlungsqualität und geben ein Abbild der Lebensqualität der Patient:innen entsprechend ihren individuellen Werten, Präferenzen und Vorstellungen. Die Messung erfolgt mittels standardisierter, international validierter Fragebögen zum subjektiven Gesundheitszustand vor, während und nach einer Behandlung. Die Erfassung und Analyse von PROMs haben einen vielfältigen Nutzen. Sie helfen beispielsweise die Kommunikation und Shared-Decision-Making mit den Patient:innen zu verbessern. Zudem erhält das medizinische Fachpersonal eine zeitnahe Rückmeldung über den Behandlungserfolg aus Sicht der Patient:innen und kann weitere Schritte einleiten.

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgenden PROM-Messungen durchgeführt/geplant: | | | | | |
|--|-----------------------|-------------------------------|---------------------|---|--|
| Krankheitsbild | Leistungsbereich | Behandlungspfad(e)/Klinik(en) | Verwendete Score(s) | Seit/Ab | Kommentare |
| Allgemein | Allgemein pädiatrisch | Orthopädie | KIDSCREEN-27 | Beginn: November 2022 als Pilot, Messung: 2024 | Der Fragebogen wird in zwei Ausführungen (1x Version für Eltern, 1x Version für Kinder) eingesetzt. Sofern Fragebögen verfügbar, werden sie auf DE, FR, IT und EN angeboten. |
| Cerebralparese, mit Gehfähigkeit | Allgemein pädiatrisch | Orthopädie | GOAL | 2024 | Der Fragebogen wird in zwei Ausführungen (1x Version für Eltern, 1x Version für Kinder) eingesetzt. Sofern Fragebögen verfügbar, werden sie auf DE, FR, IT und EN angeboten. |
| Beschwerden am Sprunggelenk oder Fuss | Allgemein pädiatrisch | Orthopädie | OxAFQ-C | 2024 | Der Fragebogen wird in zwei Ausführungen (1x Version für Eltern, 1x Version für Kinder) eingesetzt. Sofern Fragebögen verfügbar, werden sie auf DE, FR, IT und EN angeboten. |
| Schwere Beeinträchtigungen | Allgemein pädiatrisch | Orthopädie | CPCHILD | 2024 | Version für Eltern, sofern Fragebögen verfügbar, werden sie auf DE, FR, IT und EN angeboten. |

Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

| | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------|------------|------|--|
| Beschwerden am Kniegelenk | Allgemein pädiatrisch | Orthopädie | KOOS-Child | 2024 | Version für Kinder, sofern Fragebögen verfügbar, werden sie auf DE, FR, IT und EN angeboten. |
| Skoliose | Allgemein pädiatrisch | Orthopädie | SRS-22r | 2024 | Version für Kinder, sofern Fragebögen verfügbar, werden sie auf DE, FR, IT und EN angeboten. |

4.5 Registerübersicht

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

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

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen: | | | |
|--|---|---|--|
| Bezeichnung | Fachrichtungen | Betreiberorganisation | Seit/Ab |
| A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz | Anästhesie | SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/ | vor 2010 |
| anresis.ch ANRESIS: Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen | Alle Fachbereiche | Institut für Infektionskrankheiten, Bern www.anresis.ch www.infect.info | n. b. |
| CH-SUR Hospital-based surveillance of COVID-19 in Switzerland | Allgemeine Innere Medizin, Kinderchirurgie, Herz- und thorak. Gefässchir., Kinder- und Jugendmedizin, Kardiologie, Intensivmedizin, Geriatrie | Universität de Genève Bundesamt für Gesundheit BAG www.unige.ch/medecine/hospital-covid/ file:///C:/Users/clb/Downloads/Covid-19%20Spital%... | seit Beginn, aktuell keine Eingaben |
| CICH-Datenbank Schweizerisches Cochlear Implant Register | ORL | ORL-Klinik Zürich www.orl-hno.ch | seit Beginn |
| Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten | Infektiologie, Epidemiologie | Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting | 1998, seit Beginn |
| JIR Cohorte JIR Cohorte | Ophthalmologie, Kinder- und Jugendmedizin, Allergologie/Immunologie, Rheumatologie | Fondation Rhumatismes-Enfants-Suisse www.fondationres.org | Seit 2023 werden keine Daten eingegeben, da das Ethikvotum derzeit erneuert wird |
| KTRZ Knochentumor-Referenzzentrum | Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + | Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/ueber-uns/bereiche/medizin... | vor 2010 |

| | | | |
|---|---|--|---|
| der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie | Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie | | |
| MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI | Intensivmedizin | SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/ | seit 2009 |
| MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser | Alle Fachbereiche | Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch | seit Beginn |
| Neonatal Registry Swiss Neonatal Network & Follow-up Group | Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie | Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php... | seit 2000 |
| SafW DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank | Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin | Adjumed Services AG www.safw.ch | 2012 |
| SHCS Schweizerische HIV Kohortenstudie | Infektiologie | Schweizerische HIV Kohortenstudie www.shcs.ch | 1989 |
| SIBDCS SWISS IBD Cohort study | Gastroenterologie | UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie ibdcohort.ch/ | n. b. |
| SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry | Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin | Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern | seit 2005 |
| SPAC Schweizer Pädiatrische Atemwegsstudie | Kinder- und Jugendmedizin | Institute for Social and Preventive Medicine www.ispm.unibe.ch | 2017 |
| SPNR Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister | Prävention und Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Nephrologie, Pädiatrische Nephrologie | Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern www.kindernierenregister.ch | seit 1996 |
| SPSU Swiss Paediatric Surveillance Unit | Pädiatrie | Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infekti... | seit 1995 |
| SRSK Schweizer Register für Seltene Krankheiten | Alle Fachbereiche | Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) www.ispm.unibe.ch/research/research_registries_a... | Erster Commitment Letter von 2020, das Register hat bisher noch |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
| | | | kein definitives Ethikvotum |
| Swiss-CP-Reg Schweizer Cerebralparese Register | Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys.Med. u. Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Neuropathologie, Neuropädiatrie, Entwicklungspädiatrie, Rehabilitation | Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern www.swiss-cp-reg.ch/ | 2021 |
| SwissNeoNet Swiss Neonatal Network & Follow-up Group | Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie | Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.swissneonet.ch | 2002 od. 2005 |
| Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen | Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin | Verein Swissnoso www.swissnoso.ch | n.b. |
| ZDR Zentrales Dosisregister | Alle Fachbereiche | Bundesamt für Gesundheit www.bag.admin.ch | seit 1989 |

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 |
| KRBB Krebsregister beider Basel (Basel-Stadt und Basel-Landschaft) | Alle | www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/organisation/bewilligungen-und-s... |
| SKKR Schweizer Kinderkrebsregister | Alle | Kinderkrebsregister www.kinderkrebsregister.ch |

Bemerkungen

Das UKBB nimmt neben den der FMH offiziell gemeldeten an folgenden weiteren Registern teil:

- COSS Register (Klinisches Register für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Osteosarkomen und biologisch verwandten Knochentumoren)
- CWS-Register SoTiSaR (A registry for soft tissue sarcoma and other soft tissue tumours in children, adolescents, and young adults), Teilnahme seit 2011
- ECFS Patient Registry (The European Cystic Fibrosis Society Patient Registry), Teilnahme seit 2016
- EU-RHAB Register (European Rhabdoid Registry), Teilnahme seit 2013

- ICIS Splenectomy Registry, Teilnahme seit 2010
- INFORM Registry (Individualized Therapy for Relapsed Malignancies in Childhood), Teilnahme seit 2017
- KRANIOPHARYNGEOM Registry 2019 (Multicenter Registry for Patients With Childhood-onset Craniopharyngioma, Xanthogranuloma, Cysts of Rathke's Pouch, Meningioma, Pituitary Adenoma, Arachnoid Cysts), Teilnahme seit 2020
- MYKKE-Register (Multizentrisches Register für Kinder und Jugendliche bei Verdacht auf Myokarditis)
- NHL-BFM Registry 2012 (Register für Kinder und Jugendliche mit einem Non-Hodgkin Lymphom aus Deutschland, Österreich, Tschechien und dem deutschsprachigen Raum der Schweiz), Teilnahme seit 2013
- PARC-ITP registry (Pediatric and Adult Intercontinental Registry on Chronic ITP), Teilnahme seit 2003
- STEP Register (Register für Seltene Tumorerkrankungen in der Pädiatrie), Teilnahme seit 2013
- Swiss Autoimmune Liver Disease (AILD) Cohort Study (Patienten mit Autoimmunhepatitis (AIH) und verwandten Autoimmun-Lebererkrankungen), Teilnahmebeginn n. b.

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 |
| SanaCERT Suisse | Qualitätsmanagement | 2004 | 2023 | Gültig bis 2027 |
| Ausgezeichnet für Kinder | ganzes Spital | 2012 | 2023 | Gültigkeit für die Jahre 2024/2025 |
| qualitépalliative | ganzes Spital bzw. mobile Dienste | 2024 | 2024 | Gültig bis 23.02.2030 |
| JACIE | Hämatologie/ Onkologie | 2004 | 2021 | Mindestanforderung 5 Patienten pro Jahr konnte nicht erreicht werden, es gilt eine «conditional accreditation» bis zur nächsten Re-Akkreditierung 2025. |
| SGI-Zertifikat Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin | pädiatrische Intensivstation | 2019 | 2019 | Letzte Visitation: 25.09.2024, Auflagen befinden sich in Umsetzung |
| Komitee für die Akkreditierung von Neugeborenen-stationen (CANU) | Neonatologie | 2012 | 2024 | Swiss Society of Neonatologie, Akkreditierung, gültig bis 2029 |
| Nationale Koordination Seltene Krankheiten (kosek) | ganzes Spital /Rare Disease | 2020 | 2020 | Gemeinsames Angebot mit dem Universitäts-Spital Basel(USB) |
| Akkreditierung ISO 15189:2012 | Pädiatrielabor | 2017 | 2022 | Gültig bis 2027, Re-Zertifizierung mit ISO:2022 im März 2025, Bericht ausstehend. |
| QUALAB | Pädiatrielabor | vor 2005 | 2025 | zweimal Jährlich eine FAMH Supervision |

Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

| | | | | |
|---|--|------|------|--|
| Arbeitssicherheit H+ (EKAS) | ganzes Spital | 2005 | 2017 | |
| ASA / Branchenlösung von Branchenverband H+ | ganzes Spital | 2005 | 2015 | Am 1.1.2022 ist das UKBB der Branchenlösung des Branchenverbands H+ beigetreten. Zielsetzung ist es, weiterhin die Umsetzung der EKAS-Richtlinie 6508 zu gewährleisten. Eine erste Zertifizierung durch den Branchenverband H+ erfolgt voraussichtlich 2027. |
| H+ REKOLE | Betriebliches Rechnungswesen im Spital | 2015 | 2023 | Gültig bis 07. Juni 2027 |

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Eigene Befragung

5.1.1 Feedback zur Behandlung und Aufenthalt im UKBB

Erfassung Elternrückmeldungen (Online-Fragebogen)

Patienten und Patientinnen sowie deren Eltern haben die Möglichkeit, ihren stationären oder ambulanten Aufenthalt sowie die Behandlung mittels Online-Fragebogen zu bewerten. Der Fragebogen ist auf der Website des UKBB zu finden. Regelmässig werden ca. 300 Eltern aus dem stationären und ambulanten Bereich per Mail angeschrieben und mit dem Link zur Online-Befragung um Teilnahme gebeten. Befragt werden sechs Bereiche mittels 27 Fragen: Einweisung und Empfang / Information und Kommunikation / Betreuung und Behandlung / Abläufe und Zuständigkeiten / Austrittsplanung und Austrittsinformation sowie Gesamteindruck. Der Fragebogen wird anonym ausgefüllt. Es kann eine Kontaktaufnahme durch das Qualitäts- und Beschwerdemanagement gewünscht werden.

Feedback Flyer

Der Flyer Feedback im UKBB "Ihre Meinung ist uns wichtig" richtet sich an Eltern oder Angehörige sowie auch Patientinnen und Patienten ab ca. 12 Jahren und kann in Papierform ausgefüllt werden. Der Flyer kann anonym oder mit Wunsch einer Kontaktaufnahme durch das Qualitäts- und Beschwerdemanagement ausgefüllt werden. Die wichtigen Rückmeldungen der Eltern und Kindern bzw. Jugendlichen helfen, Prozesse laufend zu verbessern und Gutes zu bewahren.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Stationärer und ambulanter Bereich.

Es gibt keine Ausschlusskriterien.

Der Rücklauf der Onlineumfrage beläuft sich auf 17.7%, (2023: 16.5%). Die Gesamtzufriedenheit beträgt 85.78 / 86.08%* / 85.13%** (Wert mit Frage zu Autoparkmöglichkeit ohne Velo / * Wert ohne Parkmöglichkeit / **Wert mit Frage zu Autoparkmöglichkeit mit Velo), (2023: 85.95% / Wert mit Frage zu Autoparkmöglichkeit ohne Velo) bei insgesamt 681 online Rückmeldungen (2023: 578).

Bis Ende 2024 gingen 85 Elternflyer bei der Abteilung Q&R ein.

Angaben zur Messung

| | |
|---|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | |
|---|--|

5.1.2 Kinderfragebogen "Deine Meinung ist gefragt"

Der Kinderfragebogen ist kinderfreundlich gestaltet und richtet sich an Kinder im Alter zwischen 4 und 12 Jahren. Er umfasst Fragen zu folgenden Themenbereichen: Empfang und Aufenthalt im Spital / Essen und Zimmereinrichtung / Mitreden und Zuhören / Umgang mit Schmerzen.

Die Kinder können "Smileys" ankreuzen und auch offene Textbausteine zum Schreiben benutzen. Die offene Textbausteine werden von den Kindern gerne genutzt oder das UKBB wird mit schönen Zeichnungen beschenkt. Die Kommentare der Kinder und Jugendlichen werden monatlich im Intranet aufgeschaltet.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Stationärer und ambulanter Bereich.

Der Kinderfragebogen eignet sich für alle Kinder, die schreiben oder die mit Hilfe der Eltern den Fragebogen ausfüllen können.

2024 erhielt die Abteilung Qualität & Recht rund 157 Rückmeldungen (2023: 153).

Die Kinder hatten Freude an den netten und kompetenten Ärzten und Ärztinnen und dem freundlichen und hilfsbereiten Pflegepersonal, am grossen Spiel-/Beschäftigungsangebot, Spitalgarten und Patios und dass die Eltern bei ihnen übernachten konnten. Gewünscht hätten sie sich eine grössere Menüauswahl, insbesondere mit vegetarischen und veganen Optionen, sowie kürzere Wartezeiten während des stationären Aufenthalts, beispielsweise beim Abrufen durch das Pflegepersonal oder bei Untersuchungsterminen. Viele Kinder bedanken sich für die gute Betreuung und den tollen Spitalaufenthalt und senden Zeichnungen und viele positive Rückmeldungen.



Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)

Qualität & Recht

Sylvia Adam

Beschwerdemanagerin

061 704 29 41

feedback.qualitaet@ukbb.ch

Montag bis Freitag zu den Arbeitszeiten
telefonisch, Mail und Telefonbeantworter
jederzeit

6 Angehörigenzufriedenheit

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

6.1 Nationale Befragung im Kinderbereich in der Akutsomatik – Eltern

Auch im Kinderbereich ist die Beurteilung der Leistungsqualität ein wichtiger Qualitätsindikator. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Eltern um diese Beurteilung gebeten. Dazu wurden die fünf Fragen des ANQ-Kurzfragebogen auf die Perspektive der Eltern angepasst.

Messergebnisse

| Fragen | Vorjahreswerte | | | Zufriedenheitswert, Mittelwert 2024 (CI* = 95%) |
|---|----------------|---------------------|------|---|
| | 2019 | 2021 | 2023 | |
| Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) | | | | |
| Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen? | 9.00 | 9.14 | 9.36 | – (–) |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat? | 8.83 | 9.14 | 9.25 | – (–) |
| Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten? | 9.32 | 9.38 | 9.28 | – (–) |
| Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten? | 9.16 | 9.21 | 9.21 | – (–) |
| Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt? | 9.59 | 9.61 | 9.63 | – (–) |
| Anzahl angeschriebene Eltern 2024 | | | | – |
| Anzahl ausgewerteter Fragebogen | – | Rücklauf in Prozent | | – % |

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

* 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, 2022 und 2024 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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Angaben zur Messung

| | |
|--------------------------------|--------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Unisanté, Lausanne |
|--------------------------------|--------------------|

Angaben zum untersuchten Kollektiv

| | | |
|--|---------------------|--|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen | Einschlusskriterien | Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patient:innen (unter 16 Jahre) versendet, die im April – das Spital verlassen haben. |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patient:innen. ▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt. |

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 Mitarbeitendenzufriedenheit

Ziel

Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit und Erkennen von Anliegen und Verbesserungsmöglichkeiten.

Befragungsbereiche

Befragung der Zufriedenheit der Mitarbeitenden in verschiedenen Bereichen (Arbeitsbedingungen, Arbeitsplatzsituation, Weiterbildung, Zusammenarbeit, Unternehmenskultur, Führung, Arbeitsprozesse, etc.).

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir vom 29.04.2024 bis 24.05.2024 durchgeführt.

Gesamtes UKBB

Es wurden alle Mitarbeitende aus allen Bereichen / Abteilungen mit einbezogen.

Im Jahr 2024 wurde die Mitarbeitendenzufriedenheits-Umfrage durchgeführt, um die Wirksamkeit der Massnahmen aus der letzten Umfrage 2022 zu überprüfen.

Nach der Umfrage 2022 wurden diverse Massnahmen in den Bereichen Vergütung und Personalmanagement umgesetzt, um gezielt auf die damals identifizierten Handlungsfelder einzugehen. Für die erneute Befragung blieben die Fragen unverändert, um eine klare Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten. Die Umfrage umfasste die 5 Hauptthemenbereiche Zufriedenheit, attraktiver Arbeitgeber, Weiterempfehlung des Arbeitgebers, Resignation und Commitment.

Die Ziele der Befragung waren klar definiert. Es sollte eine Verbesserung in allen Themenbereichen erreicht werden. Zudem wurde angestrebt, die allgemeine Mitarbeitendenzufriedenheit um fünf Prozent zu steigern und insbesondere die Zufriedenheit mit der Vergütung zu erhöhen.

Die Rücklaufquote betrug 63 Prozent (1187 versendete Fragebögen / Rücklauf: 732). Die Ergebnisse zeigten deutliche Fortschritte. In allen fünf Dimensionen konnte eine Verbesserung erzielt werden. Der Mittelwert der allgemeinen Zufriedenheit liegt nun bei 73 % (2022: 61 %). Die Zufriedenheit mit der Vergütung konnte von 37 % auf 53 % erhöht werden, womit das UKBB im externen Vergleich mit 14 Akutspitalern nun im Mittelfeld liegt. Besonders grosse Fortschritte wurden in den Bereichen Zufriedenheit mit einem Plus von 12 % (Mittelwert 73), Attraktivität als Arbeitgeber mit einem Plus von 13 % (Mittelwert 71) sowie bei der Weiterempfehlung des Arbeitgebers mit einem Plus von 13 % (Mittelwert 79) erzielt.

Auf Grundlage dieser Ergebnisse ist es nun entscheidend, neue Massnahmen aus möglichen Handlungsfeldern abzuleiten, um bis zur nächsten Befragung in drei Jahren weitere Verbesserungen zu erzielen und die Mitarbeitendenzufriedenheit nachhaltig zu stärken. Eine dafür eingesetzte Arbeitsgruppe beschäftigt sich derzeit mit möglichen Massnahmen und neuen Zielen.

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Icommit |
| Methode / Instrument | Online-Befragung |

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Online-Umfrage an die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte zur Zufriedenheit der Dienstleistungen im UKBB

Ziel

Erfassung der Zuweiserzufriedenheit und Erkennen von Anliegen und Verbesserungsmöglichkeiten.

Befragungsbereiche

Zuweisungsverfahren, Zuständigkeiten und Abläufe, Informationen, Zusammenarbeit in der Patientenbetreuung, persönlicher Austausch, medizinische Leistungen, Austrittsplanung, Austrittsberichte, Weiterbildung / Gesamturteil / Image.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2026.

Der Link zur Teilnahme wurde an sämtliche zuweisenden Ärztinnen und Ärzte verschickt.

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

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Eigene Messung

9.1.1 Fallzusammenführung

Die Wiedereintritte werden über Fallzusammenführungen, d. h. gleiche Diagnose bei Wiedereintritt innert 18 Tagen, erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die Messung wird im gesamten Spital durchgeführt.

Patient*innen bei wiederholtem Eintritt innert 18 Tagen mit gleicher Diagnose.

Die Wiedereintritte sind in den letzten Jahren relativ stabil und belaufen sich im Jahr 2024 auf 161 Fälle.

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, Wirbelsäulenchirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2023 – 30. September 2024

| Operationen | Anzahl beurteilte Operationen (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N) | Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % | | | adjustierte Infektionsrate % (CI*) |
|---|---------------------------------------|---|---|-----------|-----------|------------------------------------|
| | | | 2020/2021 | 2021/2022 | 2022/2023 | |
| Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) | | | | | | |
| *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen | 104 | 0 | 1.10% | 2.94% | 3.20% | 0.00% (0.00% - 3.50%) |

* 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/](#).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Information und Sensibilisierung der Mitarbeitenden. Wenn notwendig, Ergreifen von Massnahmen.

Angaben zur Messung

| | |
|--------------------------------|-----------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Swissnoso |
|--------------------------------|-----------|

Angaben zum untersuchten Kollektiv

| | | |
|--|--|---|
| Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen | Einschlusskriterien Erwachsene | Alle stationären Patient:innen (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden. |
| | Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche | Alle stationären Patient:innen (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde. |
| | Ausschlusskriterien | Patient:innen, die die Einwilligung (mündlich) verweigern. |

Messungen in der Psychiatrie

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Fallzahlen freiheitseinschränkender Massnahmen innerhalb SanaCERT Standard 30 Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen

Das Vorgehen bezüglich der Anordnung, Vorbereitung, Durchführung, Überwachung und Aufhebung von freiheitseinschränkenden Massnahmen (feM) ist im UKBB festgelegt. So wird bei solchen Vorfällen ein einheitliches und erprobtes Handeln sichergestellt. Alle durchgeführten feM werden erfasst und mit den betroffenen Teams reflektiert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Psychosomatische Abteilung A3

Unter freiheitseinschränkenden Massnahmen wird jegliche Einschränkung der individuellen Bewegungsfreiheit verstanden. Die Einschränkung kann mit mechanischen Methoden (z.B. Fixierungen), sedierenden Medikamenten, psychologischen Mitteln erfolgen.

Im UKBB kommen freiheitseinschränkenden Massnahmen selten zur Anwendung. 2024 wurden 2 Fälle verzeichnet.

Betreffend Anwendung finden regelmässige Schulungen für das Kernteam der Station A3 (Kinder- & Jugendpsychiatrie/Psychosomatik) statt.

Angaben zur Messung

| | |
|---|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | |
|---|--|

Weitere Qualitätsaktivitäten

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Beschwerden (Akutsomatik, Psychiatrie)

Jede Beschwerde im UKBB wird ernst genommen. Beschwerden gelangen schriftlich, telefonisch oder mündlich an das Beschwerdemanagement der Abteilung Qualität & Recht. Nach einer schriftlichen Meldung werden die Eltern kontaktiert und einzuleitende Massnahmen besprochen und festgelegt. Die Beschwerdemanagerin engagiert sich so lange, bis möglichst eine zufriedenstellende Lösung gefunden ist. Jede Beschwerde wird protokolliert und statistisch erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Alle Stationen und Abteilungen sind in das Beschwerdemanagement eingeschlossen.
Es gibt keine Ausschlusskriterien.

2024 erfasste die Abteilung Qualität & Recht rund 155 Beschwerden (2023: 153).

| 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 Umsetzung des Qualitätsvertrags nach Art. 58a KVG

Der Qualitätsvertrag legt mit seinen Anhängen die Rahmenbedingungen für ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) fest und definiert Ziele sowie Mindestanforderungen im Bereich Gouvernance und in den vier zentralen Handlungsfeldern Qualitätskultur, Patientensicherheit, evidenzbasierte Entscheidungsfindung und Patientenzentriertheit. Pro Handlungsfeld sind eine festgelegte Anzahl obligatorischer und/oder zusätzlicher Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) umzusetzen. Die Massnahmen müssen von H+ anerkannt sein.

Seit der Genehmigung des Qualitätsvertrags im Mai 2024 arbeitet das UKBB intensiv an der Umsetzung der Anforderungen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Dokumentation und Verschriftlichung von Prozessen sowie auf einer verstärkten Überwachung der Wirksamkeit der ergriffenen Massnahmen im Rahmen des PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act). Die festgelegten Mindestanforderungen und Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) sollen termingerecht bis zu den jeweiligen gestaffelten Fristen umgesetzt werden.

18.1.2 Dokumentenlenkung mit eDoc

Das eDoc-Board, das 2023 zur Optimierung der Dokumentenlenkung gegründet wurde, konnte im Jahr 2024 wichtige Fortschritte erzielen. Das interdisziplinäre Team aus den Bereichen Pflege, Ärzteschaft, Therapie, ICT, Geschäftsleitung, Verwaltung, Betrieb und Compliance setzte zahlreiche Massnahmen um, um die Struktur und Effizienz des eDoc-Systems nachhaltig zu verbessern.

Im Berichtsjahr 2024 wurden zentrale Verbesserungen umgesetzt: So wurden neue Richtlinien entwickelt, die die Nutzung von eDoc sowohl für Anwender als auch für Fachverantwortliche regeln. Ergänzend dazu entstand ein Merkblatt, das Vorlagen und Dokumententypen übersichtlich beschreibt. Technische Anpassungen wie E-Mail-Benachrichtigungen bei abgelaufenen Wiedervorlagefristen, die Optimierung und Erweiterung der Indexmaske durch neue Felder wie „Externer Autor“ und „Bemerkungsfeld“ sowie die Verbesserung der Vorlagen sorgen für eine deutlich effizientere Handhabung des Systems. Ein weiterer Meilenstein war die Erstellung einer klaren, neuen Ordnerstruktur, die die Organisation der Dokumente wesentlich erleichtert. Parallel dazu begann die umfassende Überarbeitung aller Dokumente. Diese erfolgt im Zuge der Überführung in die neue Ordnerstruktur, wobei die Dokumente gleichzeitig aktualisiert werden. Die vollständige Migration und Überarbeitung sollen im 1. Quartal 2025 abgeschlossen sein.

18.1.3 Umsetzung Strategie Noso

Gemäss den Richtlinien von Swissnoso müssen Akutspitäler bestimmte Anforderungen erfüllen, um wirksam gegen nosokomiale Infektionen (HAI) vorzugehen und diesen vorzubeugen. Seit Januar 2021 sind national einheitliche Mindeststandards für Akutkrankenhäuser festgelegt. Diese Standards wurden von einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Swissnoso in Zusammenarbeit mit relevanten Fachgesellschaften (SGSH, SSI, SIPI und fibs) erarbeitet. Die Mindeststandards basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie den Empfehlungen des Europäischen Zentrums für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Definiert sind 7 Schlüsselkomponenten:

- Richtlinien und Weisungen
- Material und Ausrüstung
- Organisation der Spitalhygiene und Personalausstattung
- Aufgabenorientierte Schulung
- Audits und Monitoring
- Infektionsüberwachung und Datenauswertung
- Interventionen

Im Verlauf des Jahres 2023 hat die Spitalhygiene kontinuierlich und systematisch die Umsetzung der Richtlinien anhand von Ist- und Soll-Zuständen vorangetrieben. Ein bedeutender Meilenstein im Jahr 2023 war die erfolgreiche Durchführung des Pilotprojekts zum Händehygienemonitoring "Sani Nudge", auf der Neonatologie, welches 2024 auf allen Stationen flächendeckend ausgeweitet werden sollte. Der Anbieter stellte seine Geschäftsaktivitäten jedoch ein, sodass die Geräte- und Softwarenutzung sowie die Datenübermittlung nicht mehr möglich waren. Im Jahr 2024 bemühte sich die Abteilung um eine alternative Lösung. Im Laufe des Jahres 2024 ist die definitive Entscheidung für einen Systemanbieter zur kontinuierlichen Überwachung gefallen (NosoEx, GWA Hygiene). Die Umsetzung des Monitorings wird 2025 stattfinden, beginnend auf der Neonatologie mit anschliessender Erweiterung auf weitere akutmedizinische Stationen.

18.1.4 Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

In den Leistungsvereinbarungen 2021 mit den Kantonen BS und BL ist die Umsetzung von Patient Reporting Outcome Measurements (PROMs) für 2-3 wichtige Leistungsbereiche festgelegt. Die Gesundheitsversorgung (GSV) BS definiert die Rahmenbedingungen in einem detaillierten Konzept. PROMs spiegeln den Erfolg der Behandlung aus der Sicht der Patient*innen wider, indem spezifische, persönliche und individuelle Bedürfnisse und Bedenken abgefragt werden. Die persönlichen Einschätzungen der Patient*innen bezogen auf den Gesundheitszustand sollen dazu beitragen, die medizinische Behandlung und Versorgung noch besser auf ihre Bedürfnisse und Wünsche auszurichten.

Bereits im Jahr 2022 startete das UKBB mit den Pilotabteilungen Orthopädie, Urologie/Nephrologie und Diabetologie ein Projekt zur Erfassung von PROMs bei stationären Patient*innen. Eingesetzt wurde der validierte, generische Fragebogen Kidscreen, der mehrsprachig validiert und in verschiedenen Altersstufen einsetzbar ist. Geplant war, das Programm künftig durch zusätzliche diagnosespezifische Fragebögen zu ergänzen. Die Datenerhebung und -auswertung sollte über eine spezialisierte Software von Heartbeat erfolgen. Allerdings führten mehrere Herausforderungen zu Verzögerungen: Zum einen gab es zeitgleich umfangreiche digitale Umstellungen im UKBB selbst, zum anderen traten technische Fehler (Bugs) in der bezogenen Software auf. Schliesslich stellte die Softwarefirma ihre Aktivitäten im Bereich PROM ein und kündigte den Vertrag. Alle Instanzen wurden deaktiviert.

Nun ist eine Alternative für die Einführung der PROMs, zur im Pilotprojekt genutzten digitalen Plattform, gefunden worden. Für die Erfassung von PROMs eignet sich REDCap via Dienstleistung des Universitätsspitals Basel, das im kommenden Jahr zudem mit dem Clinical Data Warehouse (CDWH) gekoppelt werden soll. Die Neuroorthopädie des UKBB nimmt die technische Umsetzung in Angriff. Vorgesehen ist eine Schnittstelle zu KISIM bis Mitte 2025 und die Anbindung ans CDWH bis Ende 2025.

18.1.5 Monitoring Besiedelungsstatus multiresistente Erreger

Im Jahr 2024 wurden notwendige Anpassungen im Klinikinformationssystem vorgenommen, um die Identifizierung von Patient*innen, die mit multiresistenten Erregern besiedelt sind, fallübergreifend sicherzustellen. Dies trägt dazu bei, die frühzeitige Erkennung und gezielte Behandlung solcher Patient*innen zu gewährleisten. Zudem wurde ein wöchentlicher Austausch zwischen der Spitalhygiene und der Abteilung Infektiologie eingeführt, um die Betreuung dieser Patient*innen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zu koordinieren. Weiterhin fand ein Austausch mit dem Spital USB statt, um eine einheitliche Betreuung für gemeinsam betreute Patient*innen zu gewährleisten. Eine entsprechende Leitlinie, die die Prozesse und Verantwortlichkeiten festlegt, ist in Bearbeitung.

18.1.6 Zuweiserportal

Die elektronische Anmeldung von Patient*innen an das UKBB durch niedergelassene pädiatrische Praxen erfolgt inzwischen mehrheitlich über die webbasierte Plattform docbox oder über eine Schnittstelle (Praxisinformationssystem/docbox). Über diese Wege erhält das UKBB durchschnittlich über 600 Zuweisungen von niedergelassenen Pädiatern pro Monat. Dies entspricht etwa 60 % der Überweisungen an das Spital mit Tendenz zu einem höheren Anteil. Die erfolgreiche Standardisierung der Abläufe führte zu einer verbesserten Datenqualität bei der Patienten-Anmeldung im PZM und weniger Rückfragen bei Anmeldungen. Dies sichert die Basis für eine höhere Patientensicherheit und eine verbesserte Behandlungsqualität durch die behandelnden Ärzt*innen im UKBB. Um den UKBB internen administrativen Aufwand zur Erfassung der elektronischen Daten in den Primärsystemen (KISIM/SAP) zu verschlanken und zur Qualitätsverbesserung bei der Datenübertragung (Minimierung möglicher Fehlerquellen durch manuelle Datenübertragungen) wird aktuell UKBB-intern die Umsetzung einer Schnittstelle getestet.

18.1.7 Compliance

Siehe Kapitel 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

18.1.8 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Das BGM besteht seit 2014 aus einer interdisziplinären Fachgruppe unter der Leitung der Abteilung Human Resources. Im Laufe des Jahres 2023 hat sich die BGM Fachgruppe personell erweitern können, wodurch ein breiteres Kompetenzprofil erreicht werden konnte. Aus dem BGM heraus sind verschiedenste Angebote und Kurse entstanden, welche laufend erweitert und angepasst werden. Mehr Informationen dazu sind im Intranet unter BGM - gesund@ukbb einsehbar. Die Burnout-Präventionskampagne, welche vom Herbst 2019 bis zum Herbst 2021 durchgeführt wurde, und ein grosses Schwerpunktthema des BGM-Teams war, wurde zum Frühjahr 2022 durch ein neues Angebot ersetzt. Bei diesem handelt es sich um die Themen «Positive Selbstführung» und «Positive Leadership», wobei letzteres ausschliesslich an Führungspersonen gerichtet ist. Nach erfolgter Evaluation und vielen positiven Rückmeldungen wurde das Programm im Jahr 2023 fortgeführt und 2024 mit einem weiterführenden Angebot für die Themen «Positive Selbstführung» und «Leadership» ergänzt.

2024 wurde erstmals das gemeinsame Rheinschwimmen angeboten. Diese Aktion sollte vor allem ein positives «Wir Gefühl» schaffen und die Mitarbeitenden wieder näher zueinander bringen. Das Rheinschwimmen ist bei den Mitarbeitenden sehr gut angekommen und wird 2025 wiederholt. Das BGM Team nimmt die positive Rückmeldung als Anlass, um weitere Angebote ins Programm aufzunehmen, welche das positive Wir-Gefühl weiter stärken.

Im 2025 wird sich das UKBB vermehrt der Burnout Prävention widmen unter dem Titel "ausbalanciertes Arbeitsleben". Darüber hinaus sind auch für das Jahr 2025 zusätzlich Angebote in Planung, die auf die körperliche Gesundheit der Mitarbeitenden abzielen, darunter Massagen und Pilates Gruppenkurse.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 Umstellung SwissDRG auf TARPSY

Siehe Kapitel 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr

18.2.2 Mehr Zeit am Patienten mit Lean Management

Die Reduktion administrativer Tätigkeiten, um mehr Zeit für die direkte Patientenbetreuung zu schaffen, war ein zentrales Thema der Qualitäts- und Risikokommission. Grundlage hierfür war eine Tätigkeitserhebung im Jahr 2023 von W hoch 2, die sowohl bei Ärzt*innen als auch bei Pflegefachpersonen einen hohen Anteil an administrativen Aufgaben feststellte. Als Ziel wurde definiert, den administrativen Aufwand zugunsten der direkten Patientenbetreuung um 2 % zu reduzieren.

Zur Erreichung dieses Ziels wurde ein Lean-Management-Ansatz gewählt, um Prozesse zu vereinfachen und patientenzentriert auszurichten, ohne Mitarbeitende oder Wirtschaftlichkeit zu vernachlässigen. Lean Hospital Management basiert auf kontinuierlicher Verbesserung, interdisziplinärer Zusammenarbeit, Befähigung und Einbezug der Mitarbeitenden sowie der Vermeidung von Verschwendung.

Ein Pilotprojekt wurde von Sommer bis Herbst 2023 auf den Abteilungen A1/A2 durchgeführt. Im Rahmen dieses Projekts analysierte das Patientenzentrierte Management (PZM) des USB die Prozesse und formulierte Handlungsempfehlungen. Diese wurden priorisiert und in einer Retraite im Januar 2024 diskutiert. Im Laufe des Jahres 2024 konnten daraufhin etliche Massnahmen umgesetzt werden, wie die Einführung eines Huddle Boards, wo neu 2 Mal täglich (8.55 Uhr und 15 Uhr) ein Kurzmeeting (Pflege-/Ärzteteam, Patientenplanerin) stattfindet, welches die interdisziplinäre Kommunikation verbessern soll. Die Visitenstruktur wurde überarbeitet mit dem Ziel, die Abläufe durch flüssigere Visiten und weniger Wartezeiten effizienter zu gestalten. In den Patientenzimmern wurde das Patientenboard eingeführt, auf dem Informationen für Patient*innen und Familien über die zuständigen Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, geplante Untersuchungen, Austrittsziel-/datum dokumentiert werden, um den Behandlungsstand für alle Beteiligten transparenter zu gestalten.

Eine Evaluation mithilfe der validierten Tätigkeitserhebung von W hoch 2 zeigte im Herbst 2024 deutliche Verbesserungen. Bei den Ärzt*innen konnte die direkte Patientenbetreuung um 7 % gesteigert werden, während der Anteil administrativer Tätigkeiten um 9 % sank. Bei den Pflegefachpersonen liess sich hingegen kaum eine Veränderung feststellen. Dies ist möglicherweise auf den geringen Rücklauf der Erhebung zurückzuführen, der bei nur 50 % lag, im Vergleich zu über 95 % im Vorjahr. Auf Basis dieser Evaluation soll über ein Folgeprojekt entschieden werden.

18.2.3 Erfassung Zentralvenenkatheter-assoziierte Infektionen

Das UKBB setzt auf Grundlage der neuen Anforderungen von Swissnoso die Erfassung von Zentralvenenkatheter (ZVK)-assoziierten Infektionen um. Die Messung gibt Aufschluss darüber, ob im Umgang mit ZVK Probleme bestehen und ob Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden können. Auch internationale Richtlinien empfehlen die Surveillance als ein wichtiges Element zur Verhinderung ZVK-assoziiertes Infektionen. Ziel des Projekts ist in erster Linie die Gewährleistung der Patientensicherheit sowie die Vermeidung von zusätzlichen Kosten. Ein Monitoring der ZVK Infektionen wurde 2024 im gesamten UKBB erfolgreich implementiert.

18.2.4 Zentrales Patienten- und Zuweisermanagement (PZM)

Die Abteilung Patienten- und Zuweisermanagement (PZM) ist im UKBB verantwortlich für die Koordination und Planung aller Patientenbesuche in der Poliklinik sowie für die OP- und Bettenplanung und die übergeordnete Koordination von medizinisch komplexen Patient*innen mit rund 30 interdisziplinären Sprechstunden. Das PZM nimmt eine zentrale Rolle in einer Schnittstellenfunktion zwischen medizinisch komplexen und administrativen Anforderungen ein.

Der Kerngedanke des PZM umfasst die Etablierung einer neuen Rolle zur Koordination von medizinisch komplexen Patient*innen, die des Patienten-Managers / der Patienten-Managerin. Bis Ende 2024 konnten zwei weitere Patienten-Manager-Rollen besetzt werden, nachdem bereits Ende 2023 zwei Positionen geschaffen wurden. Dadurch werden nun insgesamt vier von neun Clustern von medizinisch komplexen Patient*innen jeweils von einer Patienten-Manager*in betreut. Die separate Terminplanung für diese Patientengruppe soll die standardisierte Terminplanung für nicht-medizinisch komplexe Patient*innen entlasten und so die Qualität der gesamten Planungsabläufe verbessern. Die Rückmeldungen der Ärzteschaft und der beteiligten Berufsgruppen fielen in einer Umfrage überwiegend positiv aus.

18.2.5 Zertifizierung qualitépalliative

Siehe Kapitel 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr.

18.2.6 Anpassung des Risikomanagement-Prozesses

Im Zuge der Anforderungen des neuen Qualitätsvertrags wurde der Risikomanagementprozess 2024 überarbeitet und an das integrierte Qualitätsmanagementsystem (QM) angepasst. Die Rolle der Qualitäts- und Risiko-Kommission (QRK) bei der Steuerung des QM-Systems wurde dabei klarer definiert. Risikoeigner bleiben für die Bewertung und Umsetzung von Massnahmen verantwortlich. Das Massnahmencontrolling erfolgt neu halbjährlich, auf Basis einer aktualisierten Risikomatrix. Diese dient zugleich der Überprüfung des Fortschritts und der Zielerreichung, wobei künftig auch messbare Ziele und Fristen formuliert werden sollen. Mitglieder der QRK kontrollieren die Umsetzung anhand des PDCA-Zyklus. Es folgt eine Berichterstattung an die Geschäftsleitung und bei Abweichungen des PDCA-Zyklus auch an die zuständigen Risikoeigner.

Die Ergebnisse fließen in einen separaten Risikobericht ein. Der überarbeitete Prozess wird im Jahr 2025 zunächst getestet. Nach Abschluss der ersten Berichtsphasen erfolgt eine finale Prozessfestlegung. Ziel der Massnahmen ist ein systematischeres, transparenteres und wirkungsvolleres Risikomanagement als integraler Bestandteil des QM-Systems.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Neuer Qualitäts-Standard: Ernährung

Das UKBB arbeitet im Rahmen der SanaCERT Suisse Zertifizierung kontinuierlich mit 8 von 33 möglichen Qualitätsstandards. Im Dezember 2024 wurde der Standard Palliative Care durch eine umfassende Zertifizierung durch QualitätPalliative zertifiziert. Dadurch wurde ein Platz im Portfolio der aktiven Standards frei, der mit einem neuen Standard besetzt wird. In Abstimmung mit der Qualitäts- und Risikokommission (QRK) sowie auf Empfehlung der Gastroenterologie fiel die Entscheidung der Geschäftsleitung auf den Standard Ernährung.

Ausschlaggebend für diese Wahl war unter anderem die Notwendigkeit einer konsequenten Durchführung von Ernährungsscreenings und -assessments.

Der neue Qualitätsstandard wird im Herbst 2025 zum ersten Mal extern auditiert und soll 2026 im Rahmen der SanaCERT Re-Zertifizierung, zertifiziert werden.

19 Schlusswort und Ausblick

Im Jahr 2024 konnte das Qualitätsmanagement zahlreiche Fortschritte verzeichnen, sah sich jedoch auch mit wiederkehrenden Herausforderungen konfrontiert. Während viele Qualitätsmassnahmen erfolgreich umgesetzt wurden, benötigen insbesondere Projekte mit technischer Abhängigkeit oder externer Beteiligung häufig einen längeren Zeithorizont. Dabei zeigt sich, wie zentral die anhaltende Motivation und das Engagement der Mitarbeitenden für den nachhaltigen Erfolg sind.

Zugleich ist die Dynamik im Qualitätsmanagement weiterhin hoch: Neue Anforderungen und Themen fließen fortlaufend ein, und bringen nicht nur einmalige Bearbeitungen mit sich, sondern führen häufig zu wiederkehrenden Aufgaben, laufender Überwachung und zusätzlichem Koordinationsaufwand. Diese kontinuierlichen Anforderungen müssen mit den vorhandenen personellen Ressourcen bewältigt werden, was eine gezielte Priorisierung, vorausschauende Planung und realistische Zielsetzung umso notwendiger macht. Gleichzeitig bringen viele der neu aufkommenden Themen echten Mehrwert, eröffnen Entwicklungsmöglichkeiten und leisten einen Beitrag zur weiteren Qualitätsentwicklung.

Mit einem strukturierten Vorgehen, klar definierten Zielen und dem gemeinsamen Engagement aller Beteiligten ist das Qualitätsmanagement des UKBB zuversichtlich, auch im kommenden Jahr die richtigen Schwerpunkte zu setzen und spürbare Verbesserungen zu erzielen.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

| Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen |
|---|
| Basispaket |
| Basispaket Chirurgie und Innere Medizin |
| Haut (Dermatologie) |
| Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten) |
| Wundpatienten |
| Hals-Nasen-Ohren |
| Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie) |
| Hals- und Gesichtschirurgie |
| Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen |
| Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen) |
| Cochlea Implantate (IVHSM) |
| Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie |
| Kieferchirurgie |
| Nerven chirurgisch (Neurochirurgie) |
| Kraniale Neurochirurgie |
| Spezialisierte Neurochirurgie |
| Nerven medizinisch (Neurologie) |
| Neurologie |
| Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems |
| Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten) |
| Zerebrovaskuläre Störungen |
| Epileptologie: Komplex-Diagnostik |
| Augen (Ophthalmologie) |
| Ophthalmologie |
| Strabologie |
| Glaskörper/Netzhautprobleme |
| Hormone (Endokrinologie/Diabetologie) |
| Endokrinologie |
| Magen-Darm (Gastroenterologie) |
| Gastroenterologie |
| Spezialisierte Gastroenterologie |
| Bauch (Viszeralchirurgie) |
| Viszeralchirurgie |
| Oesophaguschirurgie (IVHSM) |
| Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM) |
| Blut (Hämatologie) |
| Aggressive Lymphome und akute Leukämien |

| |
|---|
| Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien |
| Indolente Lymphome und chronische Leukämien |
| Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome |
| Autologe Blutstammzelltransplantation |
| Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen - Erwachsene (IVHSM) |
| Gefäße |
| Interventionen periphere Gefäße (arteriell) |
| Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik) |
| Urologie |
| Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| Komplexe Chirurgie der Niere |
| Isolierte Adrenalektomie |
| Lunge medizinisch (Pneumologie) |
| Pneumologie |
| Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie |
| Cystische Fibrose |
| Polysomnographie |
| Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie) |
| Mediastinaleingriffe |
| Bewegungsapparat chirurgisch |
| Chirurgie Bewegungsapparat |
| Orthopädie |
| Handchirurgie |
| Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens |
| Arthroskopie des Knies |
| Rekonstruktion obere Extremität |
| Rekonstruktion untere Extremität |
| Wirbelsäulenchirurgie |
| Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie |
| Knochentumore |
| Rheumatologie |
| Rheumatologie |
| Interdisziplinäre Rheumatologie |
| Gynäkologie |
| Gynäkologie |
| Neugeborene |
| Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000g$) |
| Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq 1250g$) |
| Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und $\geq 1000g$) |
| Strahlentherapie (Radio-Onkologie) |
| Onkologie |
| Radio-Onkologie |
| Schwere Verletzungen |
| Unfallchirurgie (Polytrauma) |

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.