

# Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

22.05.2019  
Matthias Winistöfer, Spitaldirektor

Version 1



## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2018.

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

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

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2018

Frau  
Sabine van der Ende  
Leiterin Qualitätsmanagement  
041 399 44 78  
[sabine.vanderende@zgks.ch](mailto:sabine.vanderende@zgks.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. [Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	14
4.5 Registerübersicht .....	15
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	16
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>17</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>18</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>18</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	18
5.2 Eigene Befragung .....	20
5.2.1 Patientenbefragung .....	20
5.2.2 Befragung Wöchnerinnen .....	22
5.3 Beschwerdemanagement .....	23
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>24</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>24</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	24
<b>10 Operationen</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>25</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	25
<b>12 Stürze</b> .....	<b>28</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	28
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>30</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	30
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
<b>17 Weitere Qualitätsmessungen</b>	

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>32</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	32
18.1.1	Einführung papierlose KG .....	32
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018 .....	32
18.2.1	Zertifizierung nach ISO 9001:2015 .....	32
18.2.2	Rezertifizierung Traumazentrum im Rahmen Traumanetzwerk Zentralschweiz.....	32
18.2.3	Überwachungsaudit Brustzentrum im Rahmen Brustzentrum Luzern .....	32
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	32
18.3.1	ISO 9001:2015 Aufrechterhaltungsaudit .....	32
18.3.2	Rezertifizierung als Netzwerkpartner im Brustzentrum Luzern .....	32
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>33</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>34</b>
Akutsomatik .....		34
<b>Herausgeber</b> .....		<b>37</b>

## 1 Einleitung

Nah am Menschen – das ist unser Leitgedanke. Wir stehen der Bevölkerung des Kantons Zug und der angrenzenden Regionen der Nachbarkantone nahe. Geografisch und besonders auch emotional. Das Zuger Kantonsspital bietet eine erstklassige medizinische Infrastruktur und umfassende Leistungspalette in einem modernen Gebäude. Wir orientieren uns an einem ganzheitlichen Behandlungskonzept, das auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten zugeschnitten ist. Für die Patientinnen und Patienten stehen im Zuger Kantonsspital rund 180 stationäre Betten der Chirurgischen Klinik, der Klinik für Orthopädie und Traumatologie, der Medizinischen Klinik und der Frauenklinik zur Verfügung. Das Institut für Anästhesie und Intensivmedizin sowie ein Institut für Radiologie ergänzen das Angebot. Zudem sind ein gut ausgestattetes Notfallzentrum, eine Intensivstation, eine Dialysestation, ein Onkologie-Zentrum, ein Rheumatologie- und Osteoporose-Zentrum, eine Schmerzambulanz sowie eine moderne Gebärabteilung vorhanden.

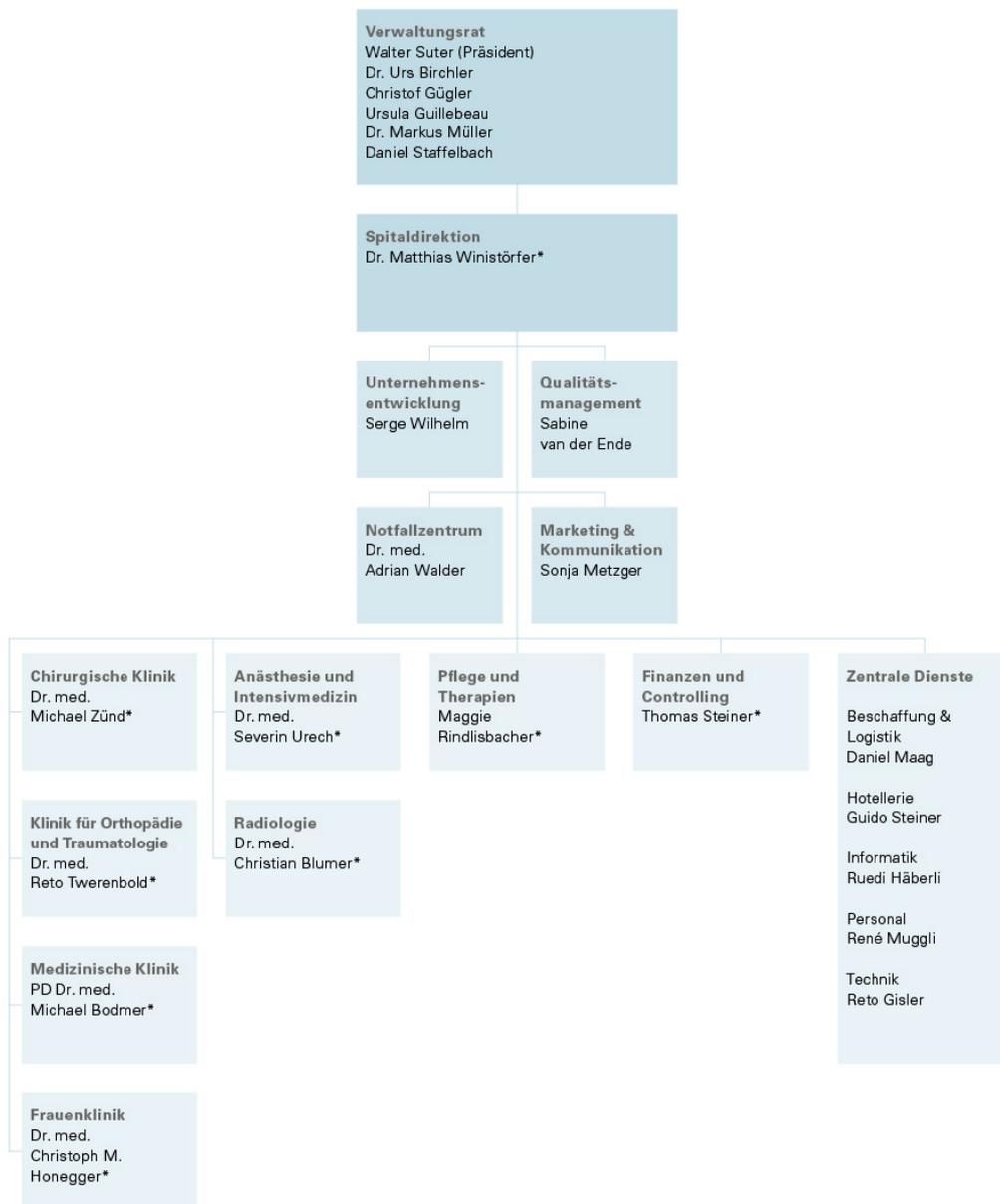
Die Leistungen werden gemäss kantonalem Leistungsauftrag durch rund 1.000 Mitarbeitende erbracht. Die Dienstleistungsqualität aller Spitalbereiche wird durch Patientinnen und Patienten sowie durch weitere Anspruchsgruppen und Organisationen anerkend bewertet. Dank eines über Jahre gut verankerten Qualitätsmanagementsystems, fortlaufender Evaluation der Leistungen, einer sehr guten Rekrutierungsbasis für Mitarbeitende in nahezu allen Bereichen sowie einem umfassenden internen und externen Aus- und Weiterbildungsangebot kann die vorhandene Dienstleistungsqualität stetig den wechselnden Anforderungen angepasst und weiter entwickelt werden.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

#### Organisation Zuger Kantonsspital AG per 31. Dezember 2018



\* Mitglied der Spitalleitung

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **65** Stellenprozente zur Verfügung.

## **2.2      Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement**

Frau Sabine van der Ende  
Leiterin Qualitätsmanagement  
041 399 44 78  
[sabine.vanderende@zgks.ch](mailto:sabine.vanderende@zgks.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Das Zuger Kantonsspital bietet eine erstklassige medizinische Versorgung und eine moderne Infrastruktur. Jährlich behandeln und betreuen wir mehr als 10'000 stationäre und 50'000 ambulante Patientinnen und Patienten in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie/Traumatologie und Frauenheilkunde.

**Kompetent** *Wir streben in unserer Arbeit eine grösstmögliche Qualität an. Unsere Professionalität orientiert sich an den vorhandenen ethischen, medizinischen, ökonomischen und ökologischen Kriterien.* Mit diesem klaren Statement im Leitbild des Zuger Kantonsspitals wird deutlich, dass die Qualität unserer täglichen Arbeit an oberster Stelle steht.

Mit der Aufrechterhaltung einer hohen Qualität und dem Erreichen oder Übertreffen der Anforderungen und Erwartungen unserer vielfältigen Anspruchsgruppen ermöglichen wir eine langfristig erfolgreiche Geschäftstätigkeit.

Mit dem Setzen von Zielen verpflichten wir uns zur kontinuierlichen Verbesserung. Alle Mitarbeitenden sind bestrebt, ihre Ziele zu erreichen und die Qualitätspolitik umzusetzen. Durch Schulungen, Weiter- und Fortbildungen sowie eine offene Kommunikation werden die Mitarbeitenden dazu befähigt. Die Qualifikation, Information und Motivation aller Mitarbeitenden ist eine grundlegende Voraussetzung für den Unternehmenserfolg. Von ihnen werden ein hohes Qualitätsbewusstsein und ein Streben nach Verbesserungen erwartet.

Die Prozessabläufe sind transparent und klar definiert. Dazugehörige Dokumente sind dem Prozess zugeordnet. Die Prozesse werden regelmässig bewertet, Ziele zur Entwicklung gesetzt und Risiken überprüft. Die dazugehörigen Dokumente sind gelenkt und werden regelmässig überprüft und aktualisiert. Gesetzliche und behördliche Forderungen werden berücksichtigt. So erreichen wir dauerhaft eine hohe Qualität.

Wir leben eine offene Fehlerkultur, binden die Patienten unter Beachtung ihrer Selbstbestimmungsrechte in den Behandlungsprozess mit ein und lernen aus gemachten Fehlern. Wir sehen es als unsere Aufgabe und Herausforderung, Bestehendes zu hinterfragen und durch kontinuierliche Verbesserungen zukunftsweisende Lösungen zu erarbeiten. Die Patientenzufriedenheit messen wir mit dafür geeigneten Umfragen. Auch bieten wir Patienten stets die Möglichkeit, positives und negatives Feedback direkt mitzuteilen. Unser Ziel ist es, auf Unzufriedenheit bereits während der laufenden Behandlung reagieren zu können.

Die Patientensicherheit steht an oberster Stelle. Ereignisse, die eine mögliche Gefährdung von Patienten mit sich bringen, werden im Critical Incident Reporting System (CIRS) erfasst und interprofessionell aufgearbeitet. Wir lernen aus Fehlern, um diese zukünftig vermeiden zu können.

In externen Benchmarks streben wir Ergebnisse über dem Durchschnitt bzw. Median an.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

- Konsolidierung des eingeführten Dokumentenmanagement-Systems - digital/Intranet
- Kontinuierliche Weiterentwicklung und Ausweitung des Klinik-Informationssystems im Sinne der kontinuierlichen Prozessoptimierung
- Diverse Massnahmen zur Erreichung einer grösstmöglichen Patientensicherheit (z.B. Anpassungen KIS, Schulungen Medikationssicherheit etc.)
- Patientenzufriedenheitsumfragen im ambulanten und stationären Bereich

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

- Erneut hohe Patientenzufriedenheit
- Erneut gute Ergebnisse bei den Messungen des ANQ
- Aufrechterhaltung der Zertifizierung gemäss ISO-Norm 9001:2015
- Erfolgreiches Überwachungsaudit als Netzwerkpartner im Brustzentrum Luzern
- Rezertifizierung als regionales Traumazentrum im Traumanetzwerk Zentralschweiz

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Weiterhin gute Ergebnisse in sämtlichen ANQ-Messungen
- Weiterhin gute Ergebnisse bei Patientenzufriedenheitsmessungen
- Prozessoptimierungen im Sinne einer hohen Patientensicherheit
- Nutzen der zunehmenden Digitalisierung als Chance im Spitalalltag

## 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 und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> </ul>

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

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenbefragung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragung Wöchnerinnen</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

##### Critical Incident Reporting System

<b>Ziel</b>	Erhaltung und Optimierung der Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit Februar 2007
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Strukturierte Bewirtschaftung eines Meldeportals
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Laufende Optimierung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Steigerung der Patientensicherheit.

##### Beteiligung von Patienten an der Patientensicherheit

<b>Ziel</b>	Patientensicherheit erhöhen durch Mitwirkung der Patienten
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit Dezember 2012
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Methodik</b>	Aktive Abgabe von Informationsmaterial der Stiftung für Patientensicherheit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege, Medizin, Hotellerie
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Etabliertes Vorgehen, welches beibehalten wird.

##### Meldeportal Hämo-, Materio-, Pharmakovigilanz

<b>Ziel</b>	Erhaltung und Optimierung der Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit Januar 2008
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Strukturierte Bewirtschaftung eines Meldeportals
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Etabliertes Vorgehen, welches beibehalten wird.

## Führen eines Dokumenten-Management-Systems

<b>Ziel</b>	Übersichtlichkeit und Aktualität von geltenden Dokumenten
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Seit 2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Bessere Lenkung von internen und externen Dokumenten
<b>Methodik</b>	Führen eines Dokumenten-Management-Systems
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle

## Sichere Operation - Team Time out

<b>Ziel</b>	Risikominimierung bei Operationen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Chirurgie, Orthopädie/Traumatologie, Frauenklinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Seit 2013
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Stichprobenartige Messung von Erfüllung der Vorschriften
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Operateure, OP-Personal
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Etablierte Messung, die beibehalten wird.

**Bemerkungen**

Im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden laufend kleine und grosse Verbesserungen zur Aufrechterhaltung und Steigerung der Qualität, Patientensicherheit und -zufriedenheit umgesetzt. Diese werden dokumentiert und überwacht.

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2007 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

##### **Bemerkungen**

Es finden mehrmals jährlich CIRS-Meetings zur Diskussion und Bearbeitung relevanter Fälle statt. Dies auf der Ebene Gesamtspital sowie Meldekreis-spezifisch. Ziel ist es, sinnvolle Massnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit umzusetzen. Es besteht eine Fachgruppe, die sich nur auf CIRS-Meldungen im Bereich "Medikationsprozess" fokussiert.

## 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 und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/saqm/\\_service/forum\\_medizinische\\_register.cfm](http://www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2009
<b>ASF</b> Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	2000
<b>Dialyseregister</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	k. A.
<b>Infreporting</b> Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	k. A.
<b>SCQM</b> SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation <a href="http://www.scqm.ch">www.scqm.ch</a>	k. A.
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	2014
<b>SRRQAP</b> Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern <a href="http://www.srrqap.ch">www.srrqap.ch</a>	k. A.
<b>KR Zürich/Zug</b> Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	<a href="http://www.krebsregister.usz.ch">www.krebsregister.usz.ch</a>	k. A.

**Bemerkungen**

Zusätzlich für Frauenklinik seit 2014:

ODSEasy - Tumordokumentation für die onkologische Vereinbarung und die Zertifizierung von Organzentren

**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
ISO 9001:2015	Gesamtes Spital	2016	2016	Es finden jährliche Aufrechterhaltungsaudits statt
Partner Traumanetzwerk Zentralschweiz	Klinik für Orthopädie/Traumatologie	2016	2018	
Partner Brustzentrum Luzern	Frauenklinik	2014	2016	Es finden jährliche Überwachungsaudits statt
Sport Medical Base approved by Swiss Olympic	Medizinische Klinik; Klinik für Orthopädie und Traumatologie, Chirurgische Klinik	2008	2019	Ab 1.1.19 für vier weitere Jahre zertifiziert
QualiCert	Benefit Trainingscenter	2009	2015	Es finden jährlich Überwachungsevaluationen statt
Apligraf Anwender	Chirurgische Klinik	2010	einmalig nötig	Anerkennung von Ärzten, die zur Anwendung von Hautäquivalenten berechtigt sind
NuShield	Chirurgische Klinik	k. A.	einmalig nötig	Verfahren zur Wundbehandlung
HACCP	Küche	k. A.	regelmässig	unangemeldet
REKOLE	Finanzen	2014	2018	Rezertifizierung alle vier Jahr; jährliche interne Kontrollen

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
<b>Zuger Kantonsspital AG</b>		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.12	4.12 (4.04 - 4.21)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.52	4.52 (4.43 - 4.61)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.53	4.49 (4.41 - 4.57)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.54	4.38 (4.27 - 4.49)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.95	3.99 (3.88 - 4.09)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	88.10	92.30 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		727
Anzahl eingetreffener Fragebogen	299	Rücklauf in Prozent 41 %

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

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

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

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

Die fünf standardisierten Fragen sind nicht so aussagekräftig wie die des PEQ (Patients' Experience Questionnaire), den wir ebenso in 2018 durchgeführt haben. Die Ergebnisse ermöglichen aber einen Vergleich mit allen Schweizer Spitälern.

### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im September 2017 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenbefragung

Wir erfassen neben der nationalen Patientenbefragung (ANQ) zusätzlich die Patientenzufriedenheit der stationären Patientinnen und Patienten mit einem standardisierten Fragebogen PEQ (Patients' Experience Questionnaire). Die Ergebnisse können mit anderen Institutionen verglichen werden. Die Befragung der Wöchnerinnen erfolgt mit einem separaten Fragebogen. Die jährliche Durchführung ermöglicht uns einen Längsvergleich und gibt Anhaltspunkte für Verbesserungsmaßnahmen.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Februar 2018 bis Mai 2018 durchgeführt. Die Befragung wurde in allen stationären Abteilungen durchgeführt. Wöchnerinnen erhalten einen speziell auf sie abgestimmten Fragebogen.

#### Patientenkollektiv PEQ

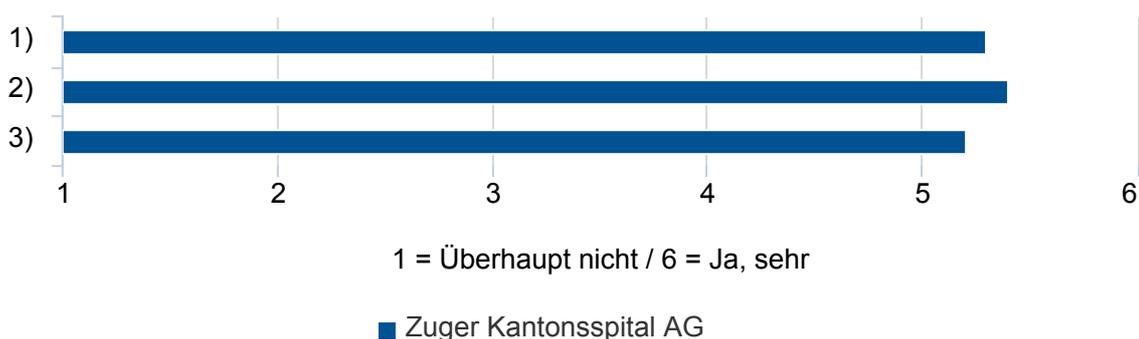
- Eingeschlossene PatientInnen: - Alter >= 18 Jahre
- Stationärer Aufenthalt von mindestens 3 Tagen (2 Übernachtungen)
  - Austritt nach Hause (bzw. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, Reha)
  - Mehrfachhospitalisierte sollen innerhalb 30 Tagen nur einmal befragt werden.

Ausgeschlossen sind:

- PatientInnen, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllen
  - Wöchnerinnen
  - PatientInnen, die in ein anderes Spital verlegt werden
  - Verstorbene PatientInnen (im Spital und nach Spitalaufenthalt – sofern das Spital da-von Kenntnis erhält)
  - PatientInnen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz
  - PatientInnen mit psychiatrischer Hauptdiagnose
- Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Fachthemen

- 1) Ärztliche Versorgung
- 2) Pflegerische Versorgung und Betreuung
- 3) Organisation, Management und Service während des Spitalaufenthaltes



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fachthemen			Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)	3)		
Zuger Kantonsspital AG	5.30	5.40	5.20	557	44.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

**Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**

Die Ergebnisse liegen im sehr guten Bereich. Dennoch analysieren wir die Ergebnisse genau, um mögliche Schwachstellen aufzudecken und zu verbessern. Auch die individuellen Patientenkommentare im Freitextfeld sind für uns sehr hilfreich.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	PEQ

## 5.2.2 Befragung Wöchnerinnen

Jährlich erheben wir die Zufriedenheit der Wöchnerinnen mit stationärem Aufenthalt nach einer Geburt.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Februar 2018 bis Mai 2018 durchgeführt.

Die Befragung wurde bei den stationären Patientinnen der Abteilung Frauenklinik-Wöchnerinnen durchgeführt.

### Patientenkollektiv PEQ-Geburt

Eingeschlossene Frauen:

- Wöchnerinnen
- Alter  $\geq$  18 Jahre
- Stationärer Aufenthalt von mindestens 3 Tagen (2 Übernachtungen)
- Austritt nach Hause, d.h. nicht in anderes Spital

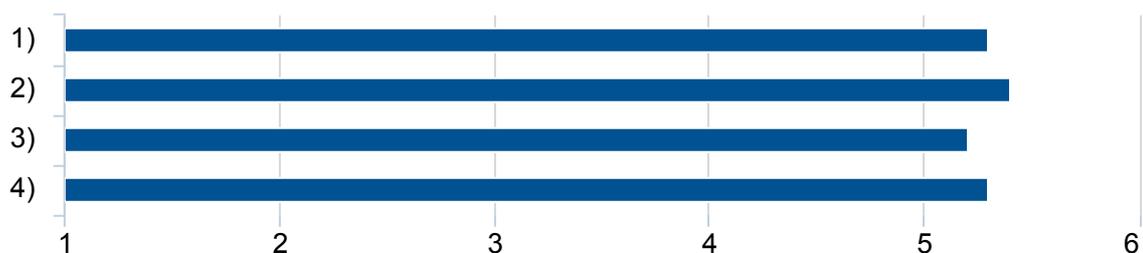
Ausgeschlossen sind:

- Patientinnen, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllen
- Frauen nach Totgeburt
- Patientinnen, die in ein anderes Spital verlegt werden
- Verstorbene Patientinnen (im Spital und nach Spitalaufenthalt – sofern das Spital davon Kenntnis erhält)
- Patientinnen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

### Messthemen

- 1) Ärztliche Versorgung
- 2) Versorgung und Betreuung durch die Hebammen
- 3) Pflegerische Versorgung und Betreuung
- 4) Organisation, Management und Service während des Spitalaufenthaltes



1 = Überhaupt nicht / 6 = Ja, sehr

■ Zuger Kantonsspital AG

Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Messthemen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)	3)	4)		
Zuger Kantonsspital AG	5.30	5.40	5.20	5.30	101	44.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse liegen im sehr guten Bereich. Dennoch analysieren wir die Ergebnisse genau, um mögliche Schwachstellen aufzudecken und zu verbessern. Auch die individuellen Patientenkommentare im Freitextfeld sind für uns sehr hilfreich.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	PEQ

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Zuger Kantonsspital AG**

Qualitätsmanagement

Sabine van der Ende

Leiterin Qualitätsmanagement

041 399 44 78

[sabine.vanderende@zgks.ch](mailto:sabine.vanderende@zgks.ch)

Dienstag-Freitag

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

#### Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2014	2015	2016	2017
<b>Zuger Kantonsspital AG</b>				
Verhältnis der Raten*	1.08	1	0.95	1.03
Anzahl auswertbare Austritte:				7633

\* Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den 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 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 Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2017 – 30. September 2018

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
<b>Zuger Kantonsspital AG</b>						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	28	2	0.00%	0.00%	0.00%	12.00% (0.00% - 24.10%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	90	7	3.00%	9.76%	12.30%	7.10% (1.80% - 12.40%)
Kaiserschnitt (Sectio)	253	8	0.00%	2.36%	2.10%	2.90% (0.80% - 5.00%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
<b>Zuger Kantonsspital AG</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	101	0	-	-	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	79	0	0.00%	0.00%	1.20%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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

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

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

Im Vergleich zu anderen Spitälern der Schweiz fällt eine signifikant kürzere OP-Dauer in allen Bereichen auf. Im Bereich Timing der perioperativen Antibiotikaphylaxe besteht Verbesserungspotential. Aktuelle Überwachungsdaten vom Januar und Februar 2019 weisen bereits darauf hin, dass die Compliance hier zunimmt.

#### Appendektomie Kinder:

Das Ergebnis ist nicht signifikant: Aufgrund der kleinen Fallzahlen ist das Ergebnis als einzelnes Jahr nicht interpretierbar.

OP-Dauer kürzer (40.9 min) als Durchschnitt aller anderen Spitäler (63.9 min);

Antibiotikagabe zu 100% innerhalb einer Stunde vor OP; Durchschnitt aller anderen Spitäler 67.4%

#### Kaiserschnitt:

OP-Dauer leicht kürzer (44.5 min) als Durchschnitt aller anderen Spitäler (46.6 min);

Antibiotikagabe zu 85.4% innerhalb einer Stunde vor OP; Durchschnitt aller anderen Spitäler (66%)

#### Kolonchirurgie:

OP-Dauer mit 150.3 min unter Durchschnitt aller anderen Spitäler (176.1 min);

Antibiotikagabe zu 60.3% innerhalb einer Stunde vor OP; Durchschnitt aller anderen Spitäler (76.1%)

#### Hüftgelenksprothesen:

OP-Dauer mit 81.9 min leicht kürzer als Durchschnitt aller anderen Spitäler (83.5 min);

Antibiotikagabe zu 81.2% innerhalb einer Stunde vor OP; Durchschnitt aller anderen Spitäler (86.6%)

#### Kniegelenkprothesen:

OP-Dauer mit 88.3 min leicht kürzer als Durchschnitt aller anderen Spitäler (95.3 min);

Antibiotikagabe zu 77.2% innerhalb einer Stunde vor OP; Durchschnitt aller anderen Spitäler (83.7%)

### Angaben zur Messung

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

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten ( $\geq 16$ Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten ( $\leq 16$ Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](http://www.anq.ch), [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu) und [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze)

#### Messergebnisse

	2015	2016	2017	2018
<b>Zuger Kantonsspital AG</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	3	1	2	2
In Prozent	3.10%	1.00%	1.90%	1.90%
Residuum* (CI** = 95%)		-0.32 (-1.17 - 0.53)	-0.02 (-0.57 - 0.53)	-0.06 (-0.45 - 0.34)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	108	Anteil in Prozent (Antwortrate)		81.80%

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

\*\* 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.

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

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

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

Zusätzlich zu der nationalen Prävalenzmessung betreiben wir ein ständiges Sturzmonitoring. Das Sturzmanagement ist für uns ein wichtiges Thema, darum investieren wir weiter in die bisherigen Massnahmen zur Sturzprävention. Gleichzeitig wird jedes Ereignis umfassend analysiert. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden in patientenindividuelle und generelle Optimierungsmassnahmen integriert.

#### Ziel der Messung:

Objektive und wissenschaftlich korrekt erhobene Daten über die Ergebnisqualität Sturzraten liegen vor. Diese Daten bieten einen Überblick über Stärken und Entwicklungspotenziale am Zuger Kantonsspital und ermöglichen Vergleiche mit anderen Spitälern. Die Prävalenzrate zu Sturzereignissen gibt den Anteil der am Erhebungstag betroffenen Patienten im Verhältnis zu allen in die Erhebung eingeschlossenen Patienten an.

#### Zielgruppe:

An der Messung nahm der akutsomatische Bereich der Spitälern in der Schweiz teil. Am Zuger Kantonsspital waren das die Stationen der Allgemeinmedizin (MN und MS), Allgemeinchirurgie (CN und CS), der interdisziplinären Privatabteilung (PM, PC), der Intensivstation (IPS) und der Frauenklinik (FK, ausschliesslich der Wöchnerinnen und Schwangeren).

#### Messmethode:

Es wurde das Verfahren des Landelijke Prevalentiementing Zorgproblemen (LPZ), Department of Health Care and Nursing Science, Maastricht University angewendet.

### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 13 Wundliegen

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

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
<b>Zuger Kantonsspital AG</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	1	2	5	4.60%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)		-0.13 (-1.10 - 0.84)	-0.04 (-0.97 - 0.89)	-0.11 (-0.98 - 0.76)	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018		108	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		81.80%	

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

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

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

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

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

Zusätzlich zur nationalen Prävalenzmessung betreiben wir ein ständiges Dekubitusmonitoring. Das Dekubitusmanagement ist für uns ein wichtiges Thema, darum investieren wir weiter in die bisherigen Massnahmen. Gleichzeitig wird jedes Ereignis umfassend analysiert. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden in patientenindividuelle und generelle Optimierungsmassnahmen integriert.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern).</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

**Bemerkungen**

Die Erreichbarkeit der Patienten, ein schlechter Allgemeinzustand und Sprachbarrieren verhindern eine höhere Antwortrate bei der nationalen Prävalenzmessung.

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Einführung papierlose KG

Im Jahr 2018 wurde weitere Bereiche in das KIS integriert. Alle Bereiche können nun papierlos arbeiten. Alle patientenrelevanten Daten stehen für alle Berechtigten jederzeit elektronisch zur Verfügung.

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

#### 18.2.1 Zertifizierung nach ISO 9001:2015

Die Aufrechterhaltung der Zertifizierung ISO 9001:2015 bedarf kontinuierlicher Anpassungen und Weiterentwicklungen. Die internen Audits unterstützen die kontinuierliche Verbesserung.

#### 18.2.2 Rezertifizierung Traumazentrum im Rahmen Traumanetzwerk Zentralschweiz

Eine erfolgreiche Rezertifizierung hat im November 2018 stattgefunden.

#### 18.2.3 Überwachungsaudit Brustzentrum im Rahmen Brustzentrum Luzern

Das jährliche Überwachungsaudit wurde im November 2018 erfolgreich durchgeführt.

### 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

#### 18.3.1 ISO 9001:2015 Aufrechterhaltungsaudit

Im September 2019 steht die Rezertifizierung nach der ISO-Norm 9001:2015 an.

#### 18.3.2 Rezertifizierung als Netzwerkpartner im Brustzentrum Luzern

Im November steht die Rezertifizierung als Netzwerkpartner im Brustzentrum Luzern an.

## **19 Schlusswort und Ausblick**

Unser aller Handeln wird davon geleitet, in den Bereichen Patientensicherheit, Behandlungs- und Pflegequalität und Patientenzufriedenheit die Erwartungen zu erfüllen und bestmögliche Ergebnisse 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](http://spitalinfo.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>
Kraniale Neurochirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
<b>Hormone (Endokrinologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien

Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
<b>Gefässe</b>
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Gefässchirurgie Carotis
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Einfache Herzchirurgie
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
Polysomnographie
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
<b>Transplantationen</b>
Herztransplantation (IVHSM)
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>

Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und $\geq$ 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und $\geq$ 2000g)
Neonatalogie (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Neonatalogie (ab 28. Woche und $\geq$ 1000g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie
Nuklearmedizin
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)

**Bemerkungen**

Die Auflistung entspricht nicht dem Leistungsauftrag des Kantons Zug. Das stationäre Leistungsangebot entspricht der aktuellen Spitalliste des Kantons Zug.

Link: <https://www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/direktionssekretariat/spitaeler/downloads/Spitalliste%202012%20Akutsomatik%20gueltig%20ab%201.%20Januar%202019.pdf/download>

## 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/dienstleistungen/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/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 für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

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/servicenav/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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