Universitätsspital Basel

Mehr wissen. Alles geben.

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	12.06.2019	Version 1
Durch:	Christoph A. Meier, Ärztlicher Direktor	

Universitätsspital Basel

www.unispital-basel.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 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
Susana Sanchez
Stv. Leiterin Qualitätsmanagement
061 556 57 19
susana.sanchez@usb.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 bereichspezifischen 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.

Freundliche Grüsse

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum **2**

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz **3**

1 Einleitung **6**

2 Organisation des Qualitätsmanagements **7**
2.1 Organigramm 7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 7

3 Qualitätsstrategie **8**
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 11

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten **13**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen 13
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 13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte 14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 27
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren 27
4.5 Registerübersicht 28
4.6 Zertifizierungsübersicht 30

QUALITÄTSMESSUNGEN **33**

Befragungen **34**

5 Patientenzufriedenheit **34**
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik 34
5.2 Eigene Befragung 35
5.2.1 Permanente Patientenbefragung von stationären und ambulanten Patienten am USB 35
5.3 Beschwerdemanagement 36

6 Angehörigenzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

7 Mitarbeiterzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

8 Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

Behandlungsqualität **37**

9 Wiedereintritte **37**
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen 37

10 Operationen
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.

11 Infektionen **38**
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte 38

12 Stürze **40**
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz 40

13 Wundliegen **42**
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) 42

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.

15 Psychische Symptombelastung
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.

16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.

17 Weitere Qualitätsmessungen

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.
18 Projekte im Detail 44
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 44
18.1.1 Patient Reported Outcome Measures (PROMs) und Value Based Health Care 44
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018 44
18.2.1 Kein Projekt im aktuellen Berichtjahr 44
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 45
18.3.1 EFQM - Validierung C2E* 45
19 Schlusswort und Ausblick 46
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 47
Akutsomatik 47
Herausgeber 51

1 Einleitung

Das Universitätsspital Basel ist eines von fünf Universitätsspitälern der Schweiz und seit 2012 ein öffentlich-rechtliches Unternehmen. Es ist das Zentrumsspital der gesamten Region Nordwestschweiz. Rund 1000 Ärztinnen und Ärzte und 2200 Pflegende sorgen bei uns auf der Basis neuster wissenschaftlicher Erkenntnisse für die Genesung und das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten. Die verschiedenen Disziplinen arbeiten eng vernetzt zusammen und prägen den guten Ruf des Spitals.

Unsere Zahlen 2018:

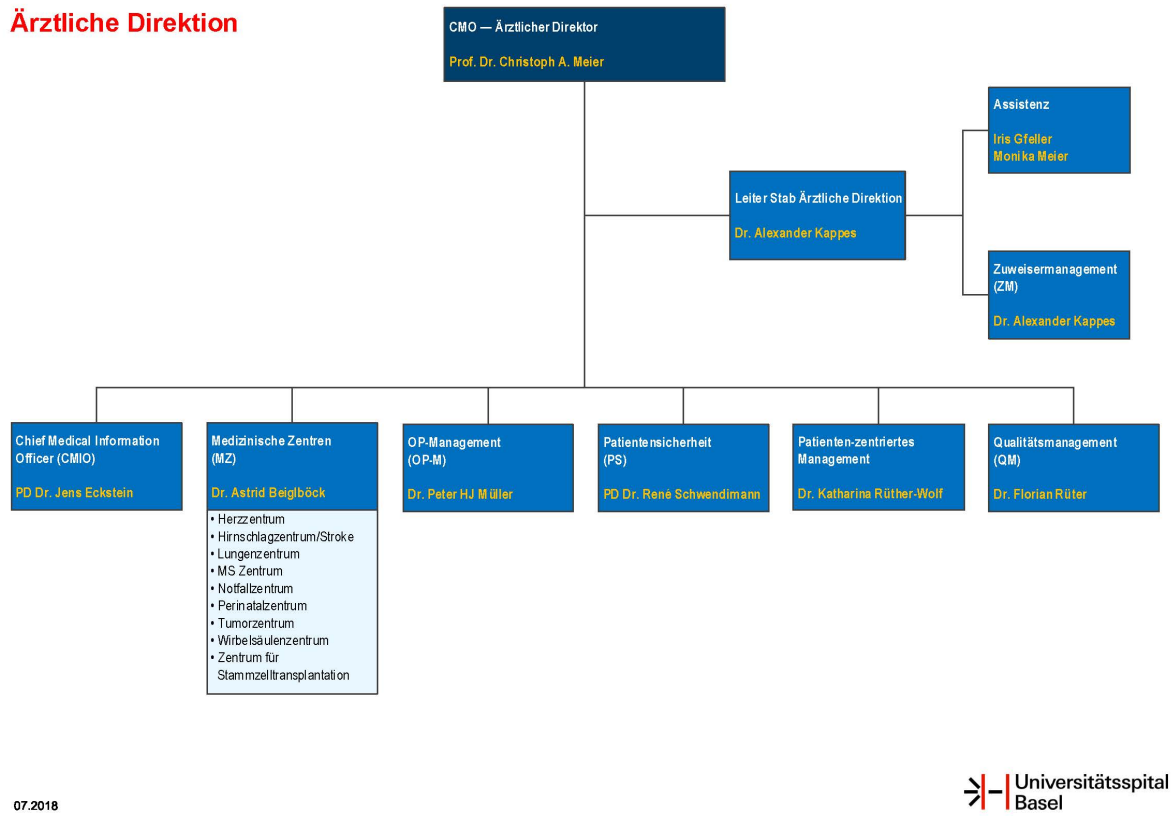
- Jahresgewinn CHF 6.7 Millionen
- Stationäre Austritte: 37'722 (- 0.45% zu 2017)
- Ambulante Kontakte: 1'060'039 (+ 1.2% Patientenkontakte zu 2017)
- 47.3% (Vorjahr 47.7%) der 2018 am USB behandelten Patienten kamen aus dem Kanton Basel-Stadt
- 7222 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus 88 Nationen arbeiteten 2018 im Universitätsspital Basel

Die enge Zusammenarbeit mit der ältesten Universität der Schweiz und den global führenden Life Science-Unternehmen in Basel garantiert uns interdisziplinäre Behandlungskonzepte und Innovationen in allen medizinischen Fachrichtungen auf höchstem Niveau. Dieser Wissenstransfer kommt in ausgeprägtem Masse auch der Lehre und Forschung sowie der Aus- und Weiterbildung zu Gute.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **390** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Susana Sanchez
Stv. Leiterin Qualitätsmanagement
+41 61 556 57 19
susana.sanchez@usb.ch

3 Qualitätsstrategie

Ziel der Qualitätsstrategie des USB ist es, dass Behandlungsergebnisse und Ergebnisse unserer Dienstleistungen einem ausgezeichneten Leistungsangebot entsprechen. Unsere Qualitätsstrategie ist dabei eng verknüpft mit der Vision des USB basierend auf folgenden Grundsätzen:

- Die qualitativ optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten.
- Wir orientieren uns dabei an den Prinzipien einer Werte-basierten Gesundheitsversorgung. Die Werte unserer Patientinnen und Patienten stehen dabei im Mittelpunkt (Value Based Health Care).
- Die Messlatte für Qualität sind unsere Kennzahlen (Indikatoren), die regelmäßig erhoben, ausgewertet und transparent mit den Leistungserbringern diskutiert werden. Sie unterstützen die Mitarbeitenden in ihrem Streben, die „beste Medizin“ anzubieten. Dort wo die Zahlen Handlungsbedarf signalisieren, werden im Dialog unterstützende Massnahmen zur Verbesserung des Leistungsangebotes entwickelt, wie es dem „state of the art“ des Qualitätsmanagements entspricht.
- Qualität bedeutet zufriedene Patientinnen und Patienten, die unser Leistungs- und Dienstleistungsangebot schätzen und unser Spital wieder aufsuchen oder weiterempfehlen würden.
- Qualität bedeutet sowohl für Patientinnen/ Patienten und deren Angehörige als auch für die Mitarbeitenden ein klar erkennbares medizinisch-pflegerisches Profil mit ausgeprägter Dienstleistungsorientierung nach innen und aussen.
- Qualitätsmanagement ist mehr als nur ein Werkzeug, es ist Bestandteil unserer Strategie auch zur Sicherung und Stabilisierung des universitären Auftrags.
- Angewandter Innovationstransfer, hochspezialisierte Medizin und ein enges Netzwerk mit Gesundheitszentren, Spitälern und der regionalen Life Science Industrie bereiten den Weg in ein zukunftssicheres Universitätsspital Basel.

Um diese Ziele zu erreichen, wurden aus der «Strategie 2020» des USB folgende Kernaufgaben des medizinischen Qualitätsmanagements abgeleitet:

Behandlungsprozesse und Dienstleistungen verbessern
Kontinuierliche Verbesserung strukturiert implementieren

Behandlungsqualität transparent und steuerbar machen
QualitätsScoreCard als Steuerungsinstrument etablieren

Value Based Health Care (VBHC)
Den individuellen Patientennutzen, gemessen durch «Patient Reported Outcome Measures (PROMs)», als wesentliches Qualitätsmerkmal etablieren - Transparenz und Entscheidungsgrundlagen zugunsten einer patientenorientierten, wertebasierten Gesundheitsversorgung (z.B. unnötige Interventionen vermeiden) schaffen.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

Patient Reported Outcome Measures («PROMs»)
Seit 2017 werden am USB sogenannte Patient Reported Outcome Measures (PROMs) systematisch, standardisiert und langfristig erfasst. Hierfür werden die Standard Sets des International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) in die klinikspezifischen Behandlungspfade integriert. Patientinnen und Patienten werden zu ihrem Gesundheitszustand, ihrer Lebensqualität und ihrem subjektiv wahrgenommenen Behandlungsnutzen digital befragt. Die Ergebnisse stehen dem Behandlungsteam sofort zur Verfügung und können in der Sprechstunde mit der Patientin, dem Patienten besprochen werden. Per Ende 2018 hat das USB bereits für sieben Krankheitsbilder dieses neue Messsystem implementiert.

Umsetzung der drei Projekte für die EFQM Validierung C2E*
2018 hat das Universitätsspitals Basel anhand des Excellence Modells drei Projekte umgesetzt mit dem Ziel im ersten Quartal 2019 die EFQM Validierung C2E* zu erlangen. Die Projekte sind «Roll-Out ICHOM», «Weiterentwicklung des Strategie-Cockpits» und «Einführung eines systematischen Absenzenmanagement». Die drei Projekte wurden übergeordnet durch eine Programmleitung, welche durch die Spitalleitung ernannt wurde, begleitet. Diese Vorgehensweise und das Commitment der Spitalleitung führten zum Erfolg der Projekte in der vorgegebenen Zeit und die dafür gesprochenen Ressourcen. Alle definierten Projektziele der drei Projekte wurden erreicht.

Qualitätsindikatoren (QIs) und Qualitäts-Scorecard
Das quartalsweise in der Ärztlichen Direktion durchgeführte Qualitätsindikatoren Monitoring wurde 2018 weiter ausgebaut und um zusätzliche Indikatoren ergänzt. Mit der Qualitäts-Scorecard soll am USB zukünftig ein Steuerungsinstrument zur Verfügung stehen, welches Kennzahlen zur Behandlungsqualität automatisiert, aktuell, transparent und nutzerspezifisch zugänglich abbildet. 2018 wurde hierfür eine Machbarkeitsstudie durchgeführt und die notwendigen technischen Vorarbeiten für den Aufbau der Qualitäts-Scorecard geleistet.

CIRS
2018 befassten sich im USB in 17 CIRS Meldekreisen 57 Team-Mitglieder mit der Analyse und Bearbeitung von gemeldeten kritischen Ereignissen und Zwischenfällen. Bei rund einem Drittel der Meldungen konnten Verbesserungsmassnahmen abgeleitet und initiiert werden.

DrugSafety@USB DrugSafety@USB ist das Programm zur Förderung der Arzneimittelsicherheit im USB. Es orientiert sich an 12 Grundsätzen und gliedert sich in die vier Arbeitsbereiche: Schnittstellen, Dienstleistungen, Qualitäts- und Messinstrumente sowie «Closed Loop Medication Documentation».

Sicherheitsrundgänge
Sicherheitsrundgänge (Safety Rounds) durch Führungspersonen sind eine viel versprechende Strategie, um in Spitälern die Sicherheitskultur zu fördern und dadurch die Patientensicherheit zu optimieren. Hierbei steht der direkte und wiederholte Kontakt von Führungsverantwortlichen mit den Fachleuten und Teams der verschiedenen klinischen Bereiche und Abteilungen im Vordergrund. Im Berichtsjahr führte die Abteilung Patientensicherheit acht Sicherheitsrundgänge vor Ort durch, erstmals in einem erweiterten Format mit Befragungen und strukturierten Beobachtungen auf verschiedenen bettenführenden und anderen Abteilungen.

Simulationsübungen – Gefahren für Patienten erkennen
Seit 2018 werden für Pflegefachpersonen zur Erkennung von Gefahren für die Patienten im klinischen Alltag Simulationsübungen als Weiterbildung angeboten. Zur sicheren Patientenversorgung im Spital müssen die Fachpersonen in der Lage sein, Gefahren und potenzielle Risiken für Patienten rasch zu erkennen. Nebst Fachkenntnissen braucht es einen geübten Blick. In diesem Kontext tragen die Simulationsübungen dazu bei, Teamleistungen sowie Problemlösestrategien zur Fehlermeidung zu entwickeln und die Patientensicherheit zu erhöhen. Exemplarisch werden dazu auch CIRS Meldungen in den Simulationsübungen reflektiert.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

Patient Reported Health Outcome Measures (PROMs)
Nach dem erfolgreichen Pilotprojekt 2017 in der Brustchirurgie wurden im Berichtsjahr 2018 für fünf weitere Krankheitsbilder PROMs am USB erfolgreich als Teil der Behandlungsprozesse implementiert. Per Ende 2018 waren folgende ICHOM Standardsets implementiert: Brustkrebs, Hüftosteoarthrose, Koronare Herzkrankheit, Angst und Depression, Hirnschlag, Lokalisiertes Prostatakarzinom. Zudem wurde die Einführung für weitere Krankheitsbilder vorbereitet.

CIRS@USB
CIRS@USB fördert und unterstützt seit 23 Jahren die Patientensicherheit im USB. Das Critical Incident Reporting System ist ein etabliertes und im Alltag implementiertes Berichtsystem welches auch 2018 kontinuierlich ausgebaut wurde (z.B. Fallrückweisungsmöglichkeiten, Uploadfunktionen für die Melder etc.). Aufgrund von CIRS Meldungen konnten klinikübergreifende Projekte zur Verbesserung der Patientensicherheit initiiert werden (z.B. zur Verordnung und Verabreichung von Heparin) sowie ein CIRS Alert, der spitalweit auf Risiken aufmerksam macht. Zudem wurden relevante und wiederkehrende CIRS Meldungen bei Simulationsübungen für Fort- und Weiterbildungszwecke genutzt und die Mitarbeitenden geschult (z.B. Medikationsverwechslungen). Neben der CIRS@USB Information im Rahmen der Einführungstage von Pflegefachpersonen, werden auch die Ärztinnen und Ärzte bereichsübergreifend informiert.

DrugSafety@USB Im Berichtsjahr wurde zu den 12 Grundsätzen der Arzneimittelsicherheit im USB erstmals deren Erfüllungsgrad eingeschätzt. Hierbei galten fünf Grundsätze als «Erfüllt/mehrheitlich» erfüllt (z.B. Orientierung am Medikationsprozess und Dokumentation), vier «teilweise erfüllt» (z.B. Einsatz von Systemen zur klinischen Entscheidungsunterstützung) und drei galten als «mehrheitlich nicht» resp. «nicht erfüllt». Zu letzteren gehörte beispielsweise die Einführung einer zentralen Arzneimitteldatenbank. Im Weiteren konnten wiederum zahlreiche «kleine» Sicherheitsmängel (Warnhinweise etc.) in der elektronischen Patientenkurve behoben werden und es wurden Audits und Lehrveranstaltungen zur Arzneimittelsicherheit im USB durchgeführt.

Sicherheitsrundgänge
Die im zweiten Halbjahr 2018 durchgeführten Sicherheitsrundgänge ergaben punkto Patientensicherheit im USB zwar ein mehrheitlich positives Bild, wobei auch verschiedentlich Schwachstellen und Weiterentwicklungsbedarfe identifiziert und Massnahmen initiiert wurden. Während den Sicherheitsrundgängen wurden Fachpersonen und Teams in ihren klinischen Alltagsroutinen zu Aspekten der Patientensicherheit beobachtet. Die Beobachtungskriterien bezogen sich z.B. auf die Infektionsprophylaxe, das Medikamentenmanagement, die Kommunikation mit Patienten oder den intra- und interprofessionellen Fachaustausch. Der Erfüllungsgrad wurde mit «erfüllt», «teilweise erfüllt» oder «nicht erfüllt» beurteilt. Die Beurteilung mit den allgemeinen Empfehlungen wurde dann mit den lokalen Leitungspersonen besprochen, um gemeinsam konkrete Entwicklungsmassnahmen abzuleiten.

Simulationsübungen – Gefahren für Patienten erkennen
Im Berichtsjahr konnten 96 Mitarbeitende (Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit und Pflege-Assistenten) durch das Schulungsangebot in Bezug auf die Gefahrenerkennung sensibilisiert werden. Weiter wurden mehr als 50 Personen im Rahmen des internationalen wissenschaftlichen Kongresses für Pflege- und Gesundheitspädagogik über das Konzept dieser Simulationsübung am USB informiert und exemplarisch durchgeführt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Schwerpunkte des Patienten-fokussierten Qualitätsmanagement: Neue Messungen von Outcome, Qualitätsindikatoren und Value Based Healthcare
Der Ausbau der Dienstleistung für Patientinnen und Patienten, für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des USB, die ihr tägliches Engagement direkt oder indirekt in den Dienst optimaler Behandlungsqualität stellen, ist Schwerpunkt des Qualitätsmanagements in 2019. Zahlreiche Qualitätsindikatoren, Kennzahlen für die Qualität medizinischen Handelns, werden erhoben, ausgewertet und zur Verfügung gestellt. Mit den Zielen Transparenz in der Darstellung, einem partnerschaftlichen Diskurs der aggregierten Daten für klinische Organisationseinheiten («Qualitäts-Reporting») und Konsequenz in der Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen mit dem Patienteninteresse im Fokus dienen sie als Orientierungsmassstab für medizinische Kompetenz auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene.

Die Digitalisierung der Patientenzufriedenheitsbefragung und des Rückmeldemanagements werden in enger Zusammenarbeit mit der ICT und den ersten beiden Kliniken (Kardiologie und Urologie) vorangetrieben. Dies um die Papier-basierte Befragung durch ein neues, flexibel an die Bedürfnisse von Patienten, Kliniken und des USB als Ganzes anpassbares Instrument abzulösen. Noch während des Aufenthaltes im USB wird es zukünftig möglich sein, wertvolle Daten zum Patientenerleben zu generieren, diese zeitnah aufzubereiten und im Sinne einer Steigerung des Servicegedankens für die sofortige Bearbeitung und Rückmeldung an die Patienten zur Verfügung zu stellen.

Auf nationaler und internationaler Ebene ist das Qualitätsmanagement des USB aktiv an der Gestaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsverständnisses im Gesundheitswesen beteiligt. Hier sind beispielhaft Kommissionen, Plattformen und Projekte von ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken), ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement), IQM (Initiative Qualitätsmedizin) und Unimedsuisse (Verband Universitäre Medizin Schweiz) erwähnt, an denen das Team des Qualitätsmanagements beteiligt ist.

Patient Reported Outcome Measures (PROMs)
2019 sollen für sechs weitere Krankheitsbilder PROMs (ICHOM Standard Sets) am USB implementiert werden. Gleichzeitig wird die Analyse der Daten und das Reporting der Ergebnisse auf Patienten- und Kollektivebene weiter ausgebaut.

EFQM
Im Rahmen der erfolgreichen Zertifizierung sind die drei erfolgreichen Projekte im ersten Quartal 2019 umgesetzt und auf ihre Wirksamkeit überprüft. Die Validierung für die EFQM Zertifizierung erfolgt ebenso im ersten Quartal 2019.

Qualitätsindikatoren und Qualitäts-Scorecard
Bis Ende 2019 soll die Qualitäts-Scorecard technisch umgesetzt und als Steuerungsinstrument eingesetzt werden. Parallel dazu erfolgt die Einführung regelmässiger Qualitäts-Gespräche in den Kliniken.

Patientenzufriedenheit 2.0
2019 wird die Patientenbefragung des Universitätsspital Basel neu konzipiert. Das USB strebt eine interaktive, agile und Patientenindividuelle Befragung an. Anhand des Behandlungspfades wird der Patient zu seinen Berührungspunkten im Behandlungsprozess befragt und liefert zeitnah Informationen für die unmittelbare Intervention durch das Behandlungsteam. Dazu werden die Kliniken und Stationen sowie andere Fachdisziplinen eingebunden. Mit ihnen werden klinikspezifische Fragen erarbeitet, nebst den spitalweiten generellen Fragen. Ziel in 2019 ist es, mit zwei Kliniken und deren Fragenset zu starten.

Rückmeldemanagement
Mit den Zielen, den Mitarbeitenden einen einfachen Zugang zum Rückmeldemangementsystem

(«RÜM») zu ermöglichen, Spital-weite Bearbeitungsprozesse zu verschlanken, mehr interdisziplinäre und interprofessionelle Transparenz herzustellen und die Bearbeitungszeit zu verkürzen wird das bisherige RÜM 2019 schrittweise digitalisiert. Dazu werden Drittsysteme in die SAP-basierte «Customer Relation Management («CRM») Plattform integriert, eine mobile Webapplikation entwickelt und ein automatisches Reporting nach Klinikbedürfnissen ermöglicht.

CIRS@USB Auch 2019 sollen technische Anpassungen des CIRS Systems weiter evaluiert und umgesetzt, sowie die Mitarbeitenden über kritische Ereignisse und Risiken informiert (CIRS Alerts) und geschult (Simulationsübung) werden.

DrugSafety@USB Die Einführung der zentralen Arzneimitteldatenbank geniesst höchste Priorität, damit die sicherheitsrelevanten Anpassungen und Prozesse im Kontext der klinischen Informationssysteme wie der elektronischen Patientenkurve selber kontrolliert, gesteuert und bewirtschaftet werden können. Darüber hinaus soll ein Vorprojekt für ein «Automated Medication Dispensing System» auf Stationsebene skizziert werden, um hinsichtlich eines grossen Bauprojekts Erkenntnisse zu sammeln.

Sicherheitsrundgänge – Follow-up
In Follow-up Treffen nach sechs bis neun Monaten, werden die durch die Teams initiierten Entwicklungsmassnahmen zusammen mit einer Zweitbefragung des Behandlungsteams zum Sicherheitsklima evaluiert. Gleichzeitig ist vorgesehen wiederum eine Serie von Sicherheitsrundgängen mit Beteiligung von weiteren Führungsverantwortlichen des USB durchzuführen.

Simulationsübungen – Gefahren für Patienten erkennen
In den nächsten Jahren soll der Fokus bei den Simulationsübungen vertieft auf die interdisziplinäre Durchführung gelegt werden. So sollen nicht nur die Pflegefachpersonen zur Erkennung von Gefahren für die Patienten im klinischen Alltag sensibilisiert werden, sondern all jene Berufsgruppen, die im Spitalalltag zusammenarbeiten (z.B. Pflegefachpersonen, Ärzteschaft, Therapeuten etc.).

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.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
Akutsomatik
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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:
Patientenzufriedenheit
▪ Permanente Patientenbefragung von stationären und ambulanten Patienten am USB

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Case Management Chirurgie (CMC)

Ziel	Das CMC unterstützt, organisiert und koordiniert alle an einem Fall beteiligten Akteure und ermöglicht somit einen qualitativ hochstehenden, den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entsprechenden effizienten und effektiven Austritt
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Chirurgie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	Rollout 08/2017 bis 3. Quartal 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Sinlge Point of Contact

Ziel	Eine zentrale Anlaufstelle (eine zentrale Telefonnummer) in der Radiologie. Steigerung der Servicequalität durch Reduktion der Weiterleitungen, Dienstleistungsorientierung und Workflowoptimierung. Erhöhung der Mitarbeiter-, Patienten- und Zuweiserzufriede
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radiologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2017 - 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Einführung und Validierung eines elektronischen Dokumentenmanagementsystems

Ziel	Prozess der Dokumentenlenkung und -verteilung nach Lean-Gesichtspunkten und GMP-Aspekten optimieren
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Spital-Pharmazie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2017 - 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Antibiotic Surveillance USB und Antibiotic Stewardship GSASA

Ziel	Teilnahme an Pilotprojekten zur Verbesserung eines sicheren und sinnvollen Einsatzes von Antibiotika
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Spital-Pharmazie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2017 - 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Wartezeiten Anzeige für Patienten

Ziel	In den Wartezonen zeigen Monitore die individuelle Wartezeit der Patienten an; dadurch Steigerung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radiologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2017 - 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Aufbau interdisziplinäre IMC

Ziel	Steigerung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Anästhesie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2016 - 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Erleichterung der Auftragsanlage für externe Einsender

Ziel	Ausbau einer Onlineplattform für die Auftragsanlage und Befundrückmeldung externer Einsender, in folgenden Abstufungen: Auftragsanlage und Befundrückmeldung erfolgen über ein sicheres Webportal an dem sich Einsender mit niedrigem Auftragsvolumen anmelden
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Labormedizin
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018 - 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit des Labor-Order-Entry

Ziel	Überarbeitung der MiBi-Maske, Unterstützende Massnahmen zur Vermeidung von Patientenverwechslungen, Aufdrucken der Transportmedien auf MiBi-LOE-Etiketten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Labormedizin
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018 - 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Umsetzung einer Labor-Order-Entry-Maske speziell für die Bedürfnisse der Spitalhygiene

Ziel	Die Spitalhygiene benötigt eine LOE-Maske um spezifische Analysenkombinationen aufgrund von Fragestellungen zur Patientengeschichte.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Labormedizin
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018 - 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Einführung Morbiditäts und Mortalitäts Konferenzen

Ziel	Vorstellung und Besprechung kritischer und unerwarteter Verläufe, Aufarbeitung von Fehlern in der Entscheidungsfindung oder Behandlung, Steigerung Patientensicherheit und Behandlungsqualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Bauchzentrum
Projekte: Laufzeit (von…bis)	
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Kontinuierliche und systematische Erfassung des Eintrittsgrundes, des Schweregrades der Erkrankung, des Betreuungsaufwandes und der Mortalität mittels schweizweitem Register

Ziel	Qualitätssicherung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Intensivmedizin
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Kontinuierliche, systematische und gesamt schweizerische Erfassung/Analyse des Patienten- und Transplantatüberlebens, Erfassung der Immunsuppression, Infektionen und Tumoren nach Transplantation

Ziel	Qualitätssicherung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Nephrologie, Transplantation
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die STCS ist eine gesamtschweizerische Initiative, Auftraggeber sind die 5 Universitätsspitäler und St. Gallen (= alle Transplantationszentren in der Schweiz), mit Erfassung von 100% der transplantierten Patienten, aller Organe und aller Kombinationen. Datenzentrum ist in Basel.

Kontinuierliche, systematische und gesamtschweizerische Erfassung/Analyse des Patientenüberlebens, Dialysequalität und diverser Laborparameter

Ziel	Qualitätssicherung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Nephrologie, Transplantation
Projekte: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Shuntsprechstunde für Prädialysepatienten mit interdisziplinärem Austausch. Shuntassessments inkl. systematischer Dokumentation

Ziel	Zahl der funktionstüchtigen Shunts zum Dialysestart erhöhen (Frühzeitiges Erkennen von Funktionsstörungen am Dialyseshunt, kontinuierliche FB zum Dialyseshunt
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Nephrologie, Dialyse
Projekte: Laufzeit (von…bis)	jährlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Hauptaufgabe von «Drug Safety», einem Projekt im Rahmen von «Patientensicherheit». Die Klinische Pharmakologie leitet «Drug Safety», die Spitalpharmazie und die IT am USB arbeiten mit Erfassen von unerwünschten Wirkungen auf den medizinischen Abteilungen

Ziel	Adaptation von MEONA zur Verbesserung der Verschreibung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	USB weit
Projekte: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Systematische Erfassung von unerwünschten Wirkungen bei Patienten auf der Medizin mittels elektronischem Screening von Ismed und Meona

Ziel	Qualitätssicherung und Patientenmanagement
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinische Pharmakologie & Toxikologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Neue zelluläre Therapien- CAR T Cells

Ziel	Immuntherapien ausbauen und stärken
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Hämatologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Patientenarmband bei Blutgabe

Ziel	Steigerung Qualitäts- und Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Hämatologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Standardisierung der Austrittsgespräche (BACOP)

Ziel	Steigerung Behandlungsqualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Notfallzentrum
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Erfassung der Morbidität und Mortalität 30 und 365 Tage nach Notfallbehandlung

Ziel	Steigerung Behandlungsqualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Notfallzentrum
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Erhebung der Patientenzufriedenheit und des Outcomes (Rehospitalisation, Mortalität) bei allen Patienten 30 Tage nach Eintritt und Benchmark mit 5 anderen Spitälern.

Ziel	Qualitätssicherung der ärztlichen Behandlung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Innere Medizin
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Laufende Überwachung der Rate der Rehospitalisationen

Ziel	Qualitätssicherung der ärztlichen Behandlung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Innere Medizin
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Routinemässige Durchführung von Autopsien nach In-hospital Todesfällen (bei Einwilligung der Angehörigen)

Ziel	Qualitätssicherung der ärztlichen Behandlung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Innere Medizin
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Implementieren des Hotellerie Service

Ziel	Der Hotellerie Service hat sich zu einem festen Bestandteil der Hotellerie & Gastronomie Dienstleistungen am Patienten entwickelt.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Hotellerie & Gastronomie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Implementieren der MicroPast Technologie

Ziel	Mit der Umstellung der Patientenverpflegung von Cook & Chill auf die MicroPast-Technologie hat das Universitätsspital Basel als erstes Spital in der Schweiz einen beachtlichen Meilenstein gesetzt.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Hotellerie & Gastronomie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Neubau Produktionsküche

Ziel	Beim Neubau der Produktionsküche haben wir mit der Inbetriebnahme der MicroPast Küche einen grossen Meilenstein erreicht und die erste Hälfte der Bauetappe abgeschlossen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Hotellerie & Gastronomie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Insourcing Kioskbetriebe

Ziel	Die Hotellerie & Gastronomie hat seine Dienstleistungspalette erweitert und erfolgreich zwei Kioskbetriebe in die bestehenden Restaurationsbetriebe integriert.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Hotellerie & Gastronomie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Harmonisierung der Aufklärung bei Röntgen-Kontrastmittel zwischen den verschiedenen Schmittbild-Einheiten

Ziel	Bisher wurde über die Röntgen-Kontrastmittelgaben an den verschiedenen Schnittbild-Einheiten (CT USB, PET-CT, Bilddiagnostik) mit unterschiedlichen Formularen und mit unterschiedlichem Prozedere aufgeklärt. Dieser Prozess soll nun vereinheitlicht werden
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radiologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Kennzeichnung von "Critical findings" bei neuro-radiologischen CT-Untersuchungen für das Notfallzentrum

Ziel	Critical findings erscheinen nun auf einem Dashboard im Notfallzentrum mit einer Patientenliste und der Kategorie zugeordneten Farbe. Ein grüner Punkt steht für „No Critical Finding“, ein roter Punkt für „Critical Finding“, die exakte Bedeutung der Farben
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radiologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Kennzeichnung von Untersuchungen der Notfallstation im radiologischen Workflow

Ziel	Farbige Markierung von Untersuchungen der Notfallstation in der radiologischen Arbeitsleiste um eine priorisierte Bearbeitung jeglicher Notfallstation Untersuchung zu ermöglichen und damit den Ablauf auf der Notfallstation zeitlich zu optimieren
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radiologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Schulung Dienstleistungsorientierung für Stationsleitungen

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Augenklinik, Spezialkliniken
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Optimierung der intravitrealen Injektionen durch Umbaumassnahmen

Ziel	Verbesserung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit u.a. durch Verkürzung von Wegen. Optimierung der Behandlungsquatlität.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Augenklinik
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Einführung einer Walk-In Sprechstunde

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Dermatologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

SMS-Terminerinnerung für die dermatologischen Sprechstunden eingeführt

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit und der Auslastung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Dermatologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Mikroschulung Erysipel in der Tagesklinik eingeführt

Ziel	Verbesserung der Behandlungsqualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Dermatologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Kooperation mit UKBB zur kindgerechten Versorgung allergologischer Patienten

Ziel	Verbesserung der Behandlungsqualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Dermatologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

SMS-Terminerinnerung für verschiedene ambulante Sprechstunden eingeführt

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit und der Auslastung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Frauenklinik
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Deeskalationstraining Pflege-Team Poliklinik

Ziel	Verbesserung der Mitarbeiter- und der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Frauenklinik
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Optimierung der Infrastruktur im ambulanten Bereich (zusätzliche Kabinen, Standardisierung der Kabinen)

Ziel	Verbesserung Mitarbeiterzufriedenheit, Verkürzung der Wegstrecken
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Frauenklinik
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Einführung Konzept regelrichtige Geburt

Ziel	Verbesserung der Behandlungsqualtität sowie der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Geburtshilfe
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Kontinuität in der ärztlichen Patientenbetreuung über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg sicherstellen

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit und der Behandlungsqualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gynäkologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Erweiterung der Ressourcenaktiviterung der Patientinnen durch kreatives Arbeiten

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit und der Betreuungsqualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Schwangerenabteilung
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Frühstück nach OPU für Patientin und Partner

Ziel	Verbesserung der Behandlungsqualität und der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Reproduktionsmedizin
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Kurs Analgosedierung für Pflege

Ziel	Verbesserung der Behandlungsqualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Reproduktionsmedizin
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Einführung IQ-Soft

Ziel	Verbesserung der Behandlungsqualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Reproduktionsmedizin
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Überarbeitung Informationsbroschüren

Ziel	Verbesserung der Patienteninformation und -zufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Reproduktionsmedizin
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Einführung von Lean in der Bettenstation - Hourly Rounds, 7P, Patientenboard, Tandem - und Zonenkonzept, ISBAR, Logistikoptimierung inkl. Kanban, Huddle und KVP, Pflegevisite

Ziel	Verbesserung der Prozesse, Behandlungsqualität sowie Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	HNO
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Informationsvideo für laryngektomierte Patienten

Ziel	Verbesserung der Behandlungsqualität, Patienteninformation und Betreuungsqualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	HNO
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Umbau und Erweiterung der ambulanten Räumlichkeiten

Ziel	Verbesserung Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, Verkürzung der Wegstrecken
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	HNO
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Einführung und Validierung eines elektronischen Dokumentenmanagementsystems

Ziel	Optimierung des Prozesses der Dokumentenlenkung und -verteilung nach Lean-Gesichtspunkten und GMP-Aspekten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Spitalpharmazie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Einführung und Validierung des elektronischen Systems BioTrends zur Dokumentation der Durchführung des mokrobiologischen Monitorings in den Reinräumen

Ziel	Unterstützung der Probenahme (Abklatschtests, Sedimentations-platten und Luftkeimsammlung) und elektronische Bewertung und Dokumentation der Ergebnisse, um den Prozess lean und papierlos zu gestalten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Spitalpharmazie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Projekt "Optimierung Zytostatika-Prozess"

Ziel	Zeiteinsparungen und Glättung von Produktionsspitzen durch eine Optimierung der Abläufe bei onkologischen Therapien
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Spitalpharmazie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Projekt "Zentrale Arzneimittel Masterdatenbank ZAMD"

Ziel	Qualitätsverbesserung bei der Medikamentenverordnung auf Station im Meona-System durch Hinterlegen geprüfter Arzneimittelinformationen mit Verknüpfung zur ZAMD
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Spitalpharmazie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Schulung von Pflegenden auf der stroke unit in der Anwendung von ASSIST Schluck-screening

Ziel	Sachgemässe Durchführung des Screenings durch die Pflegenden
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Therapien
Projekte: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Schulung von Medizinstudenten in Gelenkuntersuchung, Taping, Inhalation/Atemphysiotherapie

Ziel	Grundlegende Anwenderkenntnisse, Qualitätssicherung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Therpaien
Projekte: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

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 2009 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.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2008 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und der Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse https://www.unispital-basel.ch/ueber-uns/ressorts/aerztliche-direktion/aktuelles/iqm-qualitaetsindikatoren/ abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechneten und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2018 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**
A-QUA MONITORING DER ANÄSTHESIEQUALITÄT IN DER SCHWEIZ	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation sgar-ssar.ch/a-qua/	2007
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2012
AQC 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 www.aqc.ch	2009
KTRZ Knochentumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochentumor-referenzzentrum/	K. A.
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2007
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	K.A.
SGHC Register der Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie	Herz- und thorak. Gefässchirurgie	hcri AG www.sghc-sscc.ch/ www.hcri.ch/dienstleistungen/herzchirurgie	2013

SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2011
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2012
SOL-DHR Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) www.lebendspende.ch/de/verein.php	1993
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	1996
STR Schweizer Traumaregister	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.adjumed.ch	K.A.
Swiss Spine SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch	2017
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2006
KRBB Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft	Alle	www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/krebsregister-beider-basel/	K.A
NICER Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org	K.A.

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	**Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet**	**Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment**	**Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment**	**Kommentare**
Akkreditierung nach DIN ISO/ IEC 17025:2018	Labormedizin	2016	2022	SAS
Bewilligung für die Durchführung von mikrobioligen Untersuchungen zur Erkennung und zum Ausschluss von übertragbaren Krankheiten des Menschen	Labormedizin	2019	2014	Swissmedic
Bewilligung Bakterielle Diagnostik	Labormedizin, Klinische Mikrobiologie	2015	2021	BAG
Bewilligung zur Herstellung von Transplantatprodukten	Labormedizin, Diagn. Hämatologie, GMP-Labor	2016	2021	Swissmedic
Bewilligung für die Lagerung von menschlichen Zellen	Labormedizin, Diagn. Hämatologie Stammzellen ZEA (Klinik)	2015	2020	Swissmedic
EFI Akkreditierung	Labormedizin, Hämatologie, Molekulare Diagnostik	2017	2019	EFI Accreditation Office, Leiden, NL
GUMG, Betriebsbewilligung	Labormedizin, Hämatologie, Molekulare Diagnostik	2017	2022	Swissmedic
JACIE Akkreditierung	Labormedizin, Diagn. Hämatologie, Stammzellen ZEA (Klinik)	2015	2019	JACIE Accreditation NL
SWISSMEDIC-BAG	Medizinische Genetik	2009	2013	Swissmedic
Akkreditierung nach DIN ISO/ IEC 17025 und 15189	Pathologie	2014	2017	SAS
ISO 9001:2015 und ISO 13485:2016	Zentralsterilistation	2008	2018	jährliche externe Audits durch Swiss Safety Center, Reg.# 08-279-065 und 08-279-036, Periodisch durch SWISSMEDIC

Eduqua	Bildung und Entwicklung	2011	2017	Qualitätslabel, Anerkennung durch Schweiz. Vereinigung für Qualitäts- und Management Systeme (SQS)
NNPN-zertifizierte Ausbildungsorganisation (Nationales Netzwerk Psychologische Nothilfe)	Bildung und Entwicklung	2008	2014	Anerkennung durch NNPN
SVEB-Zertifikat (Stufe 1)	Bildung und Entwicklung	2011	2017	Zertifikat von Ausbildung der Ausbildenden AdA --> zertifiziert vom schweizerischen Verein für Erwachsenenbildung
CAS Führung im Gesundheitswesen	Bildung und Entwicklung	2013	2017	Anerkannt von der FHNW
World Health Organization UNICEF: Auszeichnung als stillfreundliches Hospital	Frauenklinik	2004	2016	
"Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle, Norm ISO IEC 17020, ISO IEC 34-1 ILAC G-13	Dermatologie	2009	2016	Forderungen der QUALAB: Zertifikat für das Labor
Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle: Norm ISO CEI 17043 und QUALAB-Vorgaben	Dermatologie	2009	2017	Zertifikat 2012 für die externe Qualitätskontrolle für das Labor
Swissmedic	Spital-Pharmazie	2002	2018	
Anerkennung als Weiterbildungsstätte FPH in Spitalpharmazie	Spital-Pharmazie	2004	2018	Eidgenössisch anerkannte Weiterbildung gemäss MedBV
Anerkennung als Weiterbildungsstätte für den Fähigkeitsausweis FPH in klinihscer Phamazie	Spital-Pharmazie	2010	2018	

Qualitätslabel Brustzentrum der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie	Brustzentrum (Chirurgie)	2011	2016	Gültig bis 2020
Qualitätslabel Brustzentrum der Deutschen Krebsgesellschaft DKG	Brustzentrum (Chirurgie)	2015	2018	

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 Patienten-befragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

Messergebnisse

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/.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Die Ergebnisse werden intern publiziert.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Permanente Patientenbefragung von stationären und ambulanten Patienten am USB

Stationäre Patientenbefragung
Seit 2010 werden mittels der stationären Patientenbefragung Daten zur Versorgungsqualität der Patienten am Universitätsspital Basel erhoben.
2018 wurde die stationäre Patientenbefragung in den Austrittmonate März und September durchgeführt. Diese Entscheidung wurde aufgrund der Reorganisation der Patientenbefragung getroffen.
Für stationäre Patientenbefragung haben wir 2018 insgesamt 4'721 Patienten angeschrieben, wovon 1'679 (Rücklaufquote: 36 %) antworteten. 97,3% der Patientinnen und Patienten beurteilten die Behandlungsqualität als „ausgezeichnet“ oder „gut“ und 93.9% würden unser Spital für die ähnliche Behandlung oder für eine Geburt wiederwählen.

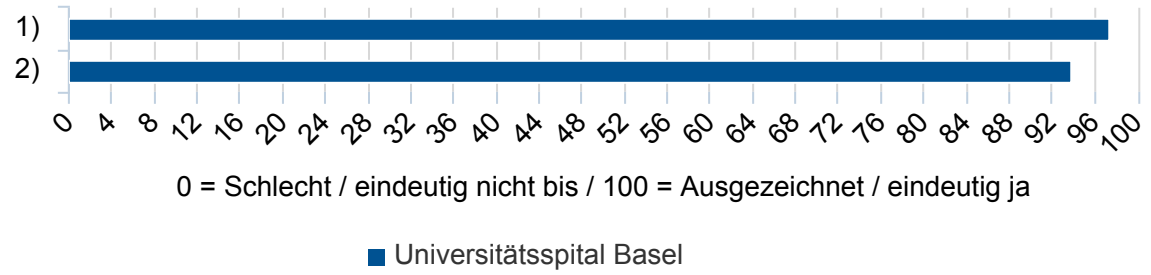
Ambulante Patientenbefragung
85’348 ambulante Patientinnen und Patienten wurden 2018 befragt, wovon 26‘790 antworteten (Rücklaufquote: 31.4%). Die Behandlungsqualität beurteilten 86,0% Patientinnen und Patienten als „überragend“ oder „sehr gut“. 72,2% würden unser Spital für eine ähnliche Behandlung wiederwählen.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Einschlusskriterien:
Ambulant: definierte Kriterien im Bereich der Leistungserfassung, direkten Patientenkontakt, Patienten im Alter >17
Stationär: Alle stationär behandelte Patienten im Alter >17

Ausschlusskriterien:
Stationär & Ambulant: Neugeborene, im Spital verstorbene, jünger als 17 Jahre.
Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

1) Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben, beurteilen?
2) Würden Sie für dieselbe Erkrankung/eine Geburt wieder in unser Spital Kommen?



Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Fragen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)		
Universitätsspital Basel	97.30	93.90	28469	32.00 %

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Permanente Patientenbefragung Universitätsspital Basel

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Universitätsspital Basel
Rückmeldemanagement
Stephanie Gattiker
Qualitätsbeauftragte
+41 61 265 92 84
stephanie.gattiker@usb.ch
Montag - Freitag, 9.00 - 16.00 h
+41 (0)61 265 29 00 QmFeedback@usb.ch

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 und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2014	2015	2016	2017
Universitätsspital Basel				
Anteil externer Rehospitalisationen	-	16.29%	18.41%	16.33%
Verhältnis der Raten*	1.03	0.98	1.05	1.05
Anzahl auswertbare Austritte:				

* 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/.

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 und www.swissnoso.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ Gallenblasen-Entfernungen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Herzchirurgie
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wund-infektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % 2015	2016	2017	adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
Universitätsspital Basel						
Gallenblasen-Entfernungen	168	6	1.78%	0.50%	3.40%	3.40% (0.60% - 6.10%)
*** Dickdarm-operationen (Colon)	128	18	20.00%	9.90%	11.00%	11.00% (5.60% - 16.40%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wund-infektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % 2014	2015	2016	adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
Universitätsspital Basel						
Herzchirurgie	526	28	2.89%	5.40%	5.20%	5.20% (3.30% - 7.10%)
Erstimplantation von Hüftgelenks-prothesen	145	3	1.02%	1.00%	2.60%	2.60% (0.00% - 5.20%)
Erstimplantationen von Kniegelenks-prothesen	100	2	0.99%	2.50%	1.40%	1.40% (0.00% - 3.70%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 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, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2015	2016	2017	2018
Universitätsspital Basel				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	16	17	21	15
In Prozent	3.70%	3.90%	5.00%	3.30%
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	457	Anteil in Prozent (Antwortrate)		77.10%

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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Seit 2013 wird am Thema Sturzprävention im USB kontinuierlich gearbeitet. Zunächst wurde das „Sturzpräventionsprogramm Patienten“ (StuPa) auf fünf Bettenstationen pilotiert, in 2015 weiter ausgeweitet, so dass Ende 2017 der Rollout im stationären Bereich abgeschlossen werden konnte. Es gilt, Pflegeteams zu befähigen, das Sturzrisiko bei Eintritt aller Patientinnen zu erfassen und entsprechende Sturzpräventionsmassnahmen abzuleiten. Ebenso gilt es, Sturzereignisse standardisiert mittels Sturzprotokoll zu erfassen und schwere Sturzverletzungen im Rahmen systematischer Fallanalysen aufzuarbeiten, um Lern- und Verbesserungspotenziale in der Sturzprävention aufzudecken und entsprechende Massnahmen zu ergreifen. Zugunsten einer nachhaltigen Verankerung des StuPa auf den Bettenstationen ist es Ziel, bestmöglich Risikopatienten zu identifizieren, Stürze zu verhindern und adäquat auf sie zu reagieren sowie schwere Sturzverletzungen zu reduzieren. Dies impliziert auch eine entsprechende Anpassung an die elektronische Pflegedokumentation. Im 2019 ist eine Evaluation des StuPa geplant.

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	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

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 Schwerkräften.

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 und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
Universitätsspital Basel						
Nosokomiale Dekubitus-prävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	18	8	14	18	3.90%
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018	457	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			77.10%	

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

Das Thema Dekubitusprävention wird im USB systematisch verfolgt. Im Juni 2018 wurde die Leitlinie Dekubitusprävention und Dekubitusmanagement Kategorie 1 und 2 allen Abteilungen zur Verfügung gestellt. Seither werden die Inhalte der Leitlinie auf den Abteilungen implementiert. Weiterhin wurden abteilungsbezogen Mini-Audits und Fallbesprechungen bzw. Fallanalysen bei nosokomialen Dekubitus ab Kat. 3 durchgeführt. Zwei ganztägige Schulungen für Pflegende mit dem Fokus auf Dekubitusprävention sind im FB-Angebot. Die spitalweite systematische Überprüfung und Bedarfsermittlung von Positionierungsmaterial und entsprechende Anpassungen sind vorgenommen worden. Es besteht eine spitalweite Fachgruppe (Ressourcengruppe) zur Thematik Dekubitus Wunde.

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	▪ 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). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Patient Reported Outcome Measures (PROMs) und Value Based Health Care

Wie geht es einer Patientin oder einem Patienten nach einem medizinischen Eingriff in seinem Alltag, und welchen Nutzen hat die Behandlung längerfristig? Der subjektiv empfundene Behandlungserfolg aus Sicht der Patienten wird bisher kaum systematisch erfasst. Dabei kann dies mit Hilfe sogenannter PROMs (Patient Reported Outcome Measures) gemessen werden und erlaubt so beispielsweise die Folgen einer Operation oder einer Krebstherapie im täglichen Leben besser zu erkennen und damit den unmittelbaren Nutzen einer Behandlung für die individuelle Lebensqualität besser einschätzen zu können. Als erstes Schweizer Spital führt das Universitätsspital Basel seit 2017 sukzessive ein solches Messsystem ein. Eingesetzt werden hierzu die Standard Sets des International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), welche für unterschiedliche Krankheitsbild eine international vergleichbare Messmetrik ermöglichen. Das Patientenwohl wird mit verschiedenen Facetten abgefragt. Die Befragungen finden in regelmässigen Abständen über mehrere Jahre statt. Die Patientin, der Patient kann die Fragen vor Ort im Spital, in der Sprechstunde auf einem iPad oder zu Hause via E-Mail ausfüllen. Den behandelnden Ärztinnen und Ärzten stehen die Ergebnisse graphisch aufgearbeitet sofort zur Verfügung. In der Konsultation bleibt mehr Raum für Bereiche mit Handlungsbedarf, Therapien können angepasst und neu auftretende Symptome zeitnah erkannt werden. Bis Ende 2018 wurden sechs ICHOM Standardsets am USB in die Behandlungspfade integriert. Insgesamt wurden bereits von fast 700 Patientinnen und Patienten PROMs erfasst. Dies bei Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs, Hüftosteoarthrose, Koronarer Herzkrankheit, Angst und Depression, Stroke und Prostatakarzinom. 2019 wird das Messsystem für sechs weitere Krankheitsbilder eingeführt. Gleichzeitig wird die Analyse der Daten und das Reporting der Ergebnisse weiter ausgebaut. Das systematische Messen der Behandlungsergebnisse mittels PROMs stellt das Patientenwohl in den Mittelpunkt unseres Tuns und ist ein erster wesentlicher Schritt weg von einer Volumen-basierten hin zu einer Werte-basierten Gesundheitsversorgung («Value Based Health Care»).

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Kein Projekt im aktuellen Berichtjahr

Im aktuellem Berichtsjahr wurden keine Qualitätsprojekte abgeschlossen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 EFQM - Validierung C2E*

Das Universitätsspitals Basel hat sich entschieden, das EFQM Modell mit dem Reifegrad „Verpflichtung zu Excellence (C2E*)" einzuführen. Dazu wurden drei Verbesserungsprojekte von der Spitalleitung während eines Workshops identifiziert. Für diese drei Projekte wurden dafür folgende drei Grundkonzepte vorgängig ausgewählt:

- Nutzen für den Kunden schaffen
- Mit Vision, Inspiration und Integrität führen
- Durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgreich sein

Es wurden folgende Projekte definiert:

1. Rollout ICHOM
2. Weiterentwicklung Strategiecockpit
3. Absenzenmanagement

Für die stringente Umsetzung der drei Projekte wurde von der Spitalleitung eine übergeordnete Programmleitung bestimmt. Ziele dieser Programmleitung:

1. Relevante Stärken und Verbesserungspotenziale
2. Drei strategiebezogene umsetzbare Projekte
3. Administration und Anmeldung
4. Projektinstrumente zur Steuerung
5. Überprüfung der Fortschritte
6. Einhaltung der gesprochenen Ressourcen
7. Akzeptanz Excellence Modell der EFQM

Anhand des PDCA-Zyklus beurteilte die Programmleitung regelmässig den Stand der drei Projekte. Ebenso wurden Simulationen zur Vorbereitung der Validierung mit der Spitalleitung und den jeweiligen Projektteams durchgeführt. «Learnings» der Programmleitung:

- Management Commitment und strategische Gewichtung waren ein Erfolgsgarant
- Systematisches Vorgehen (Prozesse und Instrumente) verliehen den Projektteams Sicherheit und Halt
- Konkrete, messbare Ziele formulieren (Fortschritte und Wirkung)
- Regelmässige Überprüfung der Fortschritte sind unerlässlich
- Erfahrungsaustausch über die Projekte hinaus

19 Schlusswort und Ausblick

Das Qualitätsmanagement innerhalb der Ärztlichen Direktion fördert, unterstützt, initiiert und koordiniert Massnahmen zur kontinuierlichen Steigerung und nachhaltigen Verankerung der «Qualität» in Prozess-, Struktur- aber vor allem der medizinischen Behandlungsqualität im USB. Dabei sind Patientenfokussierung und Umsetzung einer Werte-orientierten Medizin («Value Based Healthcare») unser Massstab. «Klassische» und neue Qualitätsindikatoren, Patientenzufriedenheit und -erleben werden – zunehmend digital – erfasst, zeitnah abgebildet und transparent allen Stakeholdern als Steuerungselement zur Verfügung gestellt. Dies wird durch vertrauensvolle Kooperationen mit zentraler Einbettung des Qualitätsmanagements in die medizinischen und administrativen Abläufe des USB erreicht. Hier seien beispielhaft die Schnittstellen zu Bereichsleitungen, Kliniken, Patientenzentriertes Management, Medizincontrolling (Ressort Finanzen) und ICT genannt.

Die Implementierung der Patient Reported Outcome Measures («PROMs») für weitere Krankheitsbilder und Patientengruppen ist Fundament der führenden Position des USB auf dem Weg zu mehr «Value Based Healthcare». Nachhaltige Datenauswertung, die Rückmeldung an Patientinnen und Patienten und behandelnde Ärztinnen und Ärzte sind Grundlage für eine partizipative Entscheidungsfindung («Shared Decision Making») im Behandlungsprozess.

Allen Projekten gemeinsam ist die Patientenorientierung als zentrales Element unseres täglichen Handelns.

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

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung
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 (ohne Stroke Unit)
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Strabologie
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)

Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Gefässchirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Einfache Herzchirurgie
Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Koronarchirurgie (CABG)
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
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
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie

Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
Cystische Fibrose
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
Transplantationen
Herztransplantation (IVHSM)
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
Plexuschirurgie
Replantationen
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und >= 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und >= 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und >= 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und >= 1250g)
Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und >= 1000g)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)

Herausgeber

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

Siehe auch:
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

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**).