

Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

21.4.2021
Christoph Egger, Chief Medical Officer

Version 1



Kantonsspital Aarau AG

www.ksa.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 2020.

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 2020

Frau
Daniela Vetterli
Leiterin Qualitätsmanagement
062 838 48 81
daniela.vetterli@ksa.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform spitalinfo.ch zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

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

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten umfassend auf und trägt so dazu bei, dass ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

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	8
3 Qualitätsstrategie.....	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren.....	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
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.....	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte.....	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen.....	19
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	20
4.5 Registerübersicht	21
4.6 Zertifizierungsübersicht.....	23
QUALITÄTSMESSUNGEN.....	26
Befragungen	27
5 Patientenzufriedenheit.....	27
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	27
5.2 Eigene Befragung	29
5.2.1 Elektronische Patientenbefragung	29
5.2.2 Feedbacktablets.....	30
5.3 Beschwerdemanagement	31
6 Angehörigenzufriedenheit.....	32
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik.....	32
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
Behandlungsqualität.....	34
9 Wiedereintritte	34
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	34
10 Operationen Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
11 Infektionen	35
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte.....	35
12 Stürze	38
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	38
12.2 Eigene Messung	39
12.2.1 Internes Sturzregister.....	39
13 Wundliegen.....	40
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	40
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Es handelt sich um ein freiwilliges Modul der Prävalenzmessung, welches aus Kostengründen nicht erhoben wird.	
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	

16	Zielerreichung und Gesundheitszustand	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	42
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	42
18.1.1	Stationsbegehungen zur Einschätzung des Sturzrisikos	42
18.1.2	“The Power of sour” – Kampagne zum gezielten Einsatz von PPI	42
18.1.3	KPHARM – ein Projekt zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit am KSA	42
18.1.4	Elektronische Patientenzufriedenheit	42
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020	43
18.2.1	Neustrukturierung des Qualitätshandbuchs	43
18.2.2	Überarbeitung der Checkliste "Sichere OP"	43
18.2.3	Trainingsraum für Patientensicherheit	43
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	44
18.3.1	Onkologiezentrum Mittelland	44
18.3.2	Orthopädiezentrum	44
18.3.3	Pflege Bereich Chirurgie	44
18.3.4	Institut für Pathologie	44
18.3.5	Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	44
19	Schlusswort und Ausblick	45
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	46
	Akutsomatik	46
	Herausgeber	49

1 Einleitung

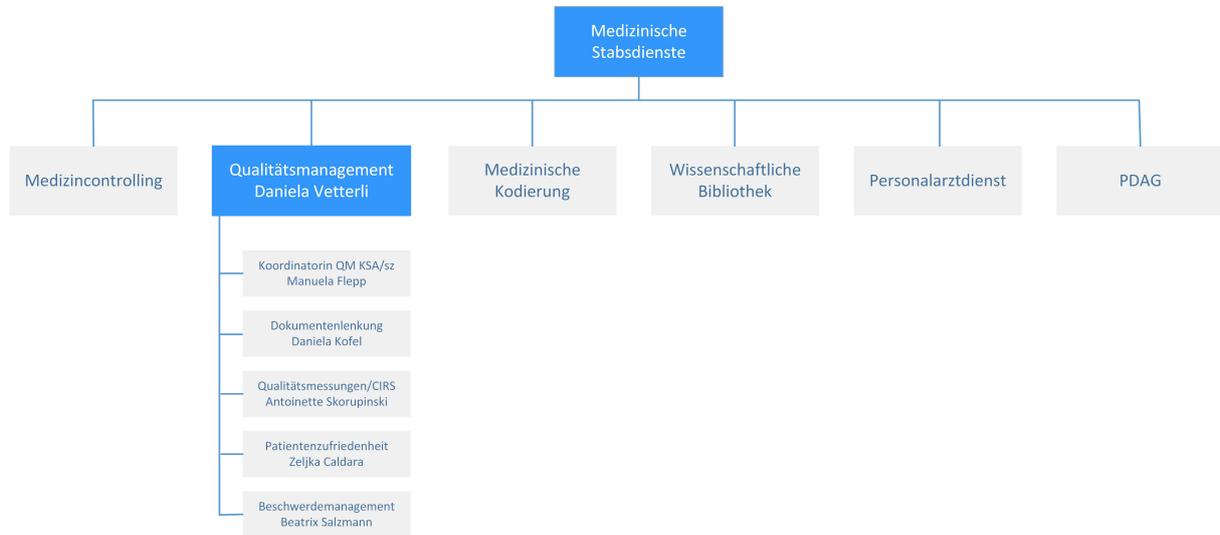
Mit mehr als 60 Behandlungszentren und Diagnoseinstituten ist das Kantonsspital Aarau (KSA) das Zentrum des aargauischen Gesundheitsnetzwerks. Im KSA werden jährlich rund 570'000 Patientenbehandlungen ambulant und stationär durchgeführt. Rund 4'600 Mitarbeitende aus über 300 Berufen sorgen für eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung. Unterstützt von einer modernen medizinisch-technischen Infrastruktur.

Das KSA gehört mit über 125 Jahren Tradition in hochwertiger medizinischer Versorgung und pflegerischer Betreuung zu den führenden Spitälern der Schweiz. Dabei steht die Erbringung einer verlässlichen, qualitativ hochstehenden Zentrumsversorgung für die breite Bevölkerung im Fokus. Das KSA betreibt seit Jahren ein umfassendes und systematisches Qualitätsmanagement. Diesem liegt das Ziel zugrunde, die Qualität der Leistungserbringung und die Patientensicherheit fortlaufend zu erhöhen und transparent auszuweisen. Dies stellt hohe Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Für das Qualitätsmanagement sind alle Mitarbeitenden mitverantwortlich: Die Aufgaben beginnen bei den Führungspersonen und schliesst alle Mitarbeitenden mit ein.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Die Abteilung Qualitätsmanagement stellt bei Themen wie Zertifizierungen, Analyse von klinischen Prozessrisiken und Wissensmanagement die notwendigen Instrumente sicher und kümmert sich um den gesetzlichen Auftrag. Die Kliniken, Institute und Abteilungen werden in ihren Qualitätsaktivitäten unterstützt und sind für die Umsetzung der Massnahmen innerhalb der Linienorganisationen zuständig. Allerdings verlangt die erfolgreiche Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen, dass alle Mitarbeitenden in die Qualitätsverantwortung mit einbezogen werden. Dafür braucht es Qualitätsdelegierte, die das übergeordnete Qualitätsmanagement vor Ort unterstützen und in ihrem Umfeld motivierend wirken, denn erst durch die entsprechende Haltung der Mitarbeitenden und die konsequente Umsetzung der Qualitätsvorgaben in allen Kliniken, Instituten und Abteilungen ist eine nachweisbare Qualitätsführerschaft des Unternehmens möglich.

Die Abteilung Qualitätsmanagement koordiniert die Tätigkeiten zur Qualitätsentwicklung gemäss nationaler und kantonaler Vorgaben und nimmt dabei folgende Aufgaben wahr:

- Verantwortung für die Umsetzung der Qualitätsstrategie
- Zentrale Koordination für alle Fragen des Qualitätsmanagements
- Sicherstellung und Überwachung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
- Berichtserstattung über Projektfortschritte und andere Qualitätsaktivitäten
- Verantwortung für die Organisation, Durchführung und Aufbereitung von Qualitätsmessungen
- Planung und Durchführung von internen und externen Audits
- Strukturierung und Ablage von Dokumenten im zentralen Qualitätshandbuch
- Aufbereitung von Informationen zu Qualitätsaktivitäten für die GL, den VR, die Medien und die Politik
- Regelmässige Informationen über Qualitätsaktivitäten in der Hauszeitschrift
- Durchführung von Schulungen zu qualitätsrelevanten Themen

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **510** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Daniela Vetterli
Leiterin Qualitätsmanagement
062 838 48 81
daniela.vetterli@ksa.ch

Herr Thomas Holler
Leiter Medizinische Stabsdienste
062 838 61 18
thomas.holler@ksa.ch

Herr Dr. med. Christoph B. Egger
Chief Medical Officer
062 838 93 79
christoph.egger@ksa.ch

3 Qualitätsstrategie

Das Kantonsspital Aarau (KSA) gehört mit über 125 Jahren Tradition in hochwertiger medizinischer Versorgung und pflegerischer Betreuung zu den führenden Spitälern der Schweiz. Dabei steht die Erbringung einer verlässlichen, qualitativ hochstehenden Zentrumsversorgung für die breite Bevölkerung im Fokus. Seit Jahren betreibt das KSA ein umfassendes und systematisches Qualitätsmanagement. Diesem liegt das Ziel zugrunde, die Qualität der Leistungserbringung und die Patientensicherheit fortlaufend zu erhöhen und transparent auszuweisen. Dies stellt hohe Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Geschäftsleitung des KSA hat die Qualitätsstrategie umfassend überarbeitet und verabschiedet: Zur Erfüllung der Anforderungen der Art. 58 KVG und Art. 77 Abs. 1 KVV ist ein systematisch aufgebautes, gezieltes und kontinuierliches Qualitätsmanagement Pflicht. Die Geschäftsleitung trägt dabei die strategische und operative Hauptverantwortung für die Erbringung qualitativ hochwertiger Leistungen. Für die Aufgaben des Qualitätsmanagements und die zukünftige Ausgestaltung einer unternehmensweiten Qualitätskultur, ist deshalb die strategische Ausrichtung der Qualitätsentwicklung relevant. Die erfolgreiche Umsetzung der Qualitätsziele verlangt, dass alle Mitarbeitenden in die Qualitätsentwicklung und -verantwortung mit einbezogen werden. Dies wird durch eine kontinuierliche Sensibilisierung für die Thematik und die Mitarbeit in Projekten sowie andererseits durch Multiplikatoren vor Ort erreicht.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020

- Integration sämtlicher qualitätsrelevanten Daten aus allen Kliniken, Instituten und Abteilungen
- Pilotprojekt: Einführung der elektronischen Patientenbefragung
- Ausbau des elektronischen Qualitätshandbuches zur Nutzung auf Spitalebene

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

Der Qualitätssteueraussschuss legt jährlich die Jahresziele fest. In 2020 wurden folgende Ziele bearbeitet:

Strukturqualität

Aktualisierung der Qualitätsstrategie in Bezug auf Teilrevision KVG 2021
Aktualisierung der Qualitätslandkarte

Prozessqualität

Zertifizierungs- und Überwachungsaudits im Rahmen des Onkologiezentrums Mittelland mit den nach DKG-zertifizierten Organzentren Brustkrebs, Gynäkologische Krebserkrankungen inkl. Dysplasieeinheit, Prostatakrebs und uro-onkologischer Schwerpunkt, Viszeralonkologisches Zentrum mit Darm- und Pankreaskrebs, Hautkrebs, Schwerpunkt Lymphome und Leukämien sowie Radio-Onkologie-Zentrum KSA-KSB

Zertifizierungen nach ISO 9001:2015 Orthopädiezentrum; Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Institut für Pathologie, Klinik für Orthopädie, Pflege Chirurgie und Qualitätsmanagement.

Überwachungssaudit Brustzentrum Mittelland (EUSOMA)

Ergebnisqualität

Durchführung und Analyse der ANQ-Messungen
Pilotprojekt: Elektronische Befragung der Patientenzufriedenheit (ePaz)

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das Kantonsspital Aarau spielt nicht nur im regionalen, sondern auch im kantonsübergreifenden Gesundheitsnetz der Nordwestschweiz eine wichtige Rolle. Deshalb legen wir grossen Wert auf den Ausbau der qualitativ hochwertigen Leistungen und sind bestrebt, bestehende Leistungsaufträge der Hochspezialisierten Medizin (HSM) zu erhalten.

Die Entwicklung und Professionalisierung des Qualitätsmanagements in den kommenden Jahren wird unter anderem den Fokus verstärkt auf die patientenbezogenen Outcomes richten. Zudem werden die qualitätsrelevanten Kennzahlen den klinischen Nutzern und den Führungspersonen via Business Intelligence zeitnahe und digitalisiert zu Verfügung gestellt.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Bemerkungen

Ergebnismessungen sind elementare Bestandteile des Qualitätsmanagements. Im innerkantonalen Gremium „Kontaktgruppe Qualität Aargau“ (KQA) werden die Resultate jeweils transparent vorgestellt. Dabei gilt stets die Orientierung an der Best Practice. Doch nicht nur Ergebnisse werden verglichen, das Qualitätsmanagement erarbeitet in Zusammenarbeit mit den Kliniken, Instituten und Abteilungen konkrete Massnahmen um proaktiv Qualitätseinbussen vorzubeugen. Die Ergebnismessungen finden extern durch eine mediale Verbreitung zunehmend Beachtung und zudem werden die Daten in diversen Spitalportalen von externen Parteien betrachtet. Diese Transparenz ermöglicht eine Vergleichbarkeit der einzelnen Institutionen, die massgeblichen Einfluss auf deren Positionierung im Wettbewerb nimmt.

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">▪ Elektronische Patientenbefragung▪ Feedbacktablets

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Internes Sturzregister

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Überarbeitung Checkliste "Sichere OP"

Ziel	Steigerung der Patientensicherheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	etabliert
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Sensibilisierung für die einzelnen Schritte in der Teamarbeit vor, während und nach einem operativen Eingriff
Involvierte Berufsgruppen	Fachpersonal aus den Bereichen Chirurgie und Anästhesie
Evaluation Aktivität / Projekt	Das KSA hat sich der Thematik bereits in 2012 mit der Erstellung der „Checkliste Sichere OP“ gewidmet. In 2018 wurde diese Checkliste umfassend aktualisiert und der WHO-Checkliste angepasst. 2019 wurde ihr Anwendungsbereich auf Patientinnen und Patienten mit ambulanten Eingriffen ausgedehnt. Die nächste Aktualisierung der Liste erfolgt 2021.

Patientenidentifikationsbänder (PIB)

Ziel	Steigerung der Patientensicherheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	etabliert
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Schwerverletztenversorgung / Polytrauma

Ziel	Leistungsauftrag HSM
Bereich, in dem das Projekt läuft	Traumatologie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Evaluation Aktivität / Projekt	Beteiligung am Schweizerischen Traumaregister (STR) und Implementierung in Patientendokumentationssystem KISIM; Optimierung der Leistungscodierung; Erstellung interdisziplinärer Behandlungspfad

OPTIMA

Ziel	Förderung der externen Zusammenarbeit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Medizinische Universitätsklinik (MUK)
Projekt: Laufzeit (von...bis)	etabliert
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Evaluation Aktivität / Projekt	Spezielle Biomarker helfen, den Schweregrad einer Erkrankung präziser zu beurteilen. Basierend auf dieser Beurteilung und in enger Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst, der Pflege und dem Sozialdienst wird der optimale Behandlungsort für jede Patientin und jeden Patienten festgelegt.

Screening auf Medikationsfehler in KISIM (KPHARM)

Ziel	Steigerung der Medikamentensicherheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinische Pharmazie und klinische Pharmakologie der Medizinischen Universitätsklinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Algorithmus zur Detektion von Medikationsfehlern und unerwünschten Arzneimittelereignissen als Agent im KISIM

Patienten Advisory Board

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Radio-Onkologie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	etabliert
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Virtuelles Tumorboard: Protonentherapie

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Radio-Onkologie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	1 x monatlich
Evaluation Aktivität / Projekt	Gemeinsames Tumorboard mit dem Paul Scherer Institut (PSI) und dem Universitätsspital Zürich (USZ)

Hyperthermie

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Radio-Onkologie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	1 x monatlich
Evaluation Aktivität / Projekt	Zusammenarbeit mit der Erasmus-Universität Rotterdam und Virtuelles Tumorboard (Deutschschweiz)

Zytostatikaverordnung im CATO: Übertragung der Therapieprotokolle im 8-Augen-Prinzip

Ziel	Ersetzen der fehleranfälligen Zytostatikaverordnungen in Excel durch ein elektronisches System; automatisierte Vermeidung von Inkompatibilitäten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Onkologie und Kinderonkologie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	etabliert
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Tele-Tumorkonferenz mit dem Kinderspital Zürich

Ziel	Optimale Therapieplanung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Kinderonkologie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Evaluation Aktivität / Projekt	Teilnahme am kinderonkologischen Qualitätszirkel

Osteoporosescreeing aller Frakturpatienten ≥ 50 Jahre

Ziel	Prävention
Bereich, in dem das Projekt läuft	Traumatologie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Evaluation Aktivität / Projekt	Konsequente prospektive Erfassung/Abklärung aller stationären ≥ 50 jährigen Frakturpatienten auf Osteoporose(inkl. 1-Jahresbefragung Patienten und Hausärzte bzgl. Therapieempfehlungsumsetzung bzw. Compliance)

Prozess zur Herstellung von Eigenserum-Augentropfen (ESAT)

Ziel	Entlastung der Patientinnen und Patienten und Kostenreduktion
Bereich, in dem das Projekt läuft	Augenklinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Bisheriges Verfahren war sehr aufwändig und teuer, da monatliche Blutabnahmen nötig waren.
Involvierte Berufsgruppen	Blutspendezentrum SRK Aargau-Solothurn und Spitalpharmazie
Evaluation Aktivität / Projekt	Über eine autologe Vollblutspende wird im Blutspendezentrum Serum gewonnen, welches in der Spitalpharmazie unter Reinraumbedingungen zu Augentropfen weiterverarbeitet wird. Aus einer Blutentnahme können Augentropfen für 4-6 Monate gewonnen werden: Sie werden bei verschiedenen Formen des trockenen Auges zur Benetzung, Reinigung und Ernährung der Augenoberfläche angewendet. Fehlende Konservierungsstoffe verhindern dabei allergische Reaktionen.

Standard der mikrobiologischen Qualitätskontrolle von parenteralen Nährlösungen

Ziel	Identifikation einer kontaminierten Nährlösung innerhalb von 24 Std.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Neonatologie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Bisherige Kontrollmethoden zur Sterilitätsprüfung lagen erst nach 14 Tagen und damit lange nach dem Zeitpunkt der Verabreichung der Nährlösungen vor. Die Verabreichung von kontaminierten Nährlösungen kann für Neugeborene jedoch schwerwiegende Folgen haben.
Involvierte Berufsgruppen	Spitalpharmazie, Mikrobiologie, Neonatologie
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluation einer neuen Testmethode mittels Verwendung eines computergestützten Kulturautomates, der den Nachweis von Kohlendioxid als Parameter für Bakterienwachstum nutzt. Dadurch liegt nach einer Quarantänezeit von 24 Std. ein Sterilitätsnachweis vor.

Patientenbefragung mittels Tablets

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit durch Echtzeitbefragungen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinik für Kinder und Jugendliche, Dermatologie (KSA am Bahnhof), Geburtshilfe, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Evaluation Aktivität / Projekt	Als Ergänzung zu Befragungen, deren Auswertungen erst sehr zeitversetzt zur Verfügung stehen, bietet sich der Einsatz von Tablets mit entsprechender Software an. Der Fragebogen wird auf die Bedürfnisse des jeweiligen Standortes zugeschnitten. Eine Auswertung ist jederzeit möglich und erleichtert dadurch den unmittelbaren Einsatz von Verbesserungsmaßnahmen. Ausserdem führt der niederschwellige Zugang zu einer hohen Beteiligung ambulanter und stationärer Patientinnen und Patienten.

“The Power of sour” – Kampagne zum gezielten Einsatz von PPI

Ziel	PPI-Verbrauch durch Einsatz einer stringenten, interdisziplinär erarbeiteten Indikationenliste senken
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Herbst 2017 - laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Protonenpumpenhemmer (PPI) werden weltweit zu häufig eingesetzt, sind jedoch bei unkritischem Einsatz mit Risiken wie vermehrt auftretenden nosokomialen Pneumonien assoziiert
Methodik	Kampagnen
Involvierte Berufsgruppen	Arztdienst und Pflegepersonal
Evaluation Aktivität / Projekt	Kampagne mit diversen Events unter dem Motto „The Power of sour“ beworben. Rückmeldungen der Verbrauchszahlen.

Konzepterstellung und Vorbereitung elektronische Patientenbefragung

Ziel	Kontinuierliche Patientenbefragung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	ab 1.2.2019 - laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	elektronisches Frageset
Evaluation Aktivität / Projekt	Als Ergänzung zur ANQ-Befragung bietet dieses Instrument die Möglichkeit zur kontinuierlichen Online-Ermittlung der Patientenzufriedenheit. Dazu stehen erweiterte Fragestellungen zur Verfügung.

Kinderkardiologisch-/ chirurgisches Kolloquium mit Fallvorstellungen an der Universitätskinderklinik Zürich

Ziel	Ziele sind u.a. die Standardisierung von Behandlungspfaden und verwendeten Normwerten, die Behandlungsplanung individueller Patientinnen und Patienten und Diskussion von Operationsindikationen.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinik für Kinder und Jugendliche
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Dauer: ca. 3 Stunden; ca. 5 x jährlich

Gemeinsame Fallvorstellungen mit den Universitätskinderkliniken Bern und Basel (Netzwerk)

Ziel	Ziele sind u.a. die Behandlungsplanung individueller Patientinnen und Patienten und die Diskussion von Operationsindikationen.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinik für Kinder und Jugendliche
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Dauer: 2 - 3 Stunden; 2 - 3 x jährlich
Evaluation Aktivität / 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 2011 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.

Bemerkungen

Das Berichts- und Lernsystem CIRS (**Critical Incident Reporting System**) steht allen Mitarbeitenden des KSA zur Meldung von (Beinahe-) Zwischenfällen zur Verfügung. Sinn des CIRS ist eine gegenseitige Sensibilisierung der Mitarbeitenden für Situationen, welche die Patientensicherheit gefährden können. Dazu werden alle Meldungen aufgearbeitet und je nach Schweregrad einer systemischen Fallanalyse unterzogen. Diese Analysen werden nach Bedarf in interprofessionellen und interdisziplinären Teams durchgeführt. Im Sinne der kontinuierlichen Prozessoptimierung werden daraus soweit erforderlich Verbesserungsmassnahmen abgeleitet und ergriffen.

Das Berichts- und Lernsystem CIRS ist bei den Mitarbeitenden im Alltag fest verankert und wird rege genutzt. Dies beweist auch das stabile Niveau der Anzahl der Meldungen im Vergleich zum Vorjahr. Auch 2020 wurden über 1100 Meldungen von (Beinahe-) Zwischenfällen registriert. Diese hohe Motivation gilt es durch ein gutes Feedback zu stärken. Dazu tragen die Kontakte der Meldekreis-Verantwortlichen zu den Mitarbeitenden ihres Meldekreises, die zeitnahe Bearbeitung der Meldungen und nicht zuletzt die Kommunikation über ergriffene Massnahmen bei. Die Schwerpunkte dieser Massnahmen umfassen die Information und Schulung von Mitarbeitenden, Materialanpassungen sowie die Erstellung von klinisch-medizinischen Standards z.B. wurde bereichsintern aufgrund mehrerer CIRS-Meldungen im Zusammenhang mit der Medikamentenanamnese ein Kurzfilm im internen Weiterbildungstool "easylearn" aufgeschaltet.

Darüber hinaus ist das KSA seit 2011 Mitglied im CIRNET (**Critical Incident Reporting and Reacting Network**) und nutzt die von der Stiftung für Patientensicherheit erstellten Quick Alerts. Dabei handelt es sich um Handlungsempfehlungen, die aufgrund von national relevanten CIRS-Themen von Expertengruppen erarbeitet werden.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2012 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.ksa.ch/ueber-uns/ueber-uns/initiative-qualitaetsmedizin> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2019 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

2020 organisierte IQM aufgrund der Covid-19-Pandemie keine klinikübergreifenden Peer Reviews.

Bemerkungen

Das KSA beteiligt sich am standardisierten Peer Review-Verfahren der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Das Ziel der Peer Review-Verfahren ist die Qualität des Behandlungsprozesses und -schnittstellen zu analysieren und bei Bedarf konkrete und im Betrieb umsetzbare Verbesserungsmassnahmen festzulegen. Dabei werden durch externe Peers Patientenakten gesichtet und in kollegialen Fachgesprächen diskutiert. Unter anderem wird dabei analysiert:

- ob die Diagnostik/Behandlung adäquat und zeitgerecht erfolgte,
- ob die Behandlungsprozesse zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt wurden,
- ob die Indikationen inhaltlich angemessen und rechtzeitig erfolgten und
- ob Behandlungsleitlinien/Expertenstandards und Guidelines berücksichtigt wurden.

Das Peer Review ist eine unabhängige Begutachtung durch ein externes interprofessionelles Fachexpertengremium, welches sich aus Kaderärzten und Pflegefachpersonen zusammensetzt. Das Verfahren hat sich bewährt, um bei statistischen Auffälligkeiten der Routinedaten Fälle retrospektiv zu analysieren und allenfalls gemeinsam Qualitätsverbesserungsmassnahmen zu definieren. Ziel ist es, einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess auszulösen und eine offene Fehler- und Sicherheitskultur in den teilnehmenden Spitälern und Kliniken zu etablieren. Die Selbsteinschätzung und der kollegiale Dialog im Peer Review-Verfahren bieten Chancen zur Entdeckung von möglichem Potenzial zur Qualitätsverbesserung.

Im KSA wurde letztmals im September 2019 ein Peer Review zum Thema Sepsis durchgeführt. Insgesamt war in den Akten eine an Leitlinien orientierte Diagnostik und Therapie der Fälle erkennbar. Es war nachvollziehbar, dass es sich bei den Fällen um ausserordentlich multimorbide schwerstkranke Patientinnen und Patienten handelte, deren Krankheitsverlauf schicksalhaft war.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation sgar-ssar.ch/a-qua/	2005
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatrie, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.agc.ch	2000
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	2003
Infreporting MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	seit Beginn
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	2003
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	SBCDB Swiss Breast Center Database c/o Adjumed Services AG www.sbcdb.ch	2011
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch/	1998
SIRIS	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der	2012

Schweizerisches Implantatregister		Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/	
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch/	2008
SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	2011
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik und Poliklinik für Nephrologie und Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	2005; Gründungsmitglied
STR Schweizer Traumaregister / Swiss Trauma Registry	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin, Versicherungsmedizin	Adjumed Services AG www.adjumed.ch/	2015
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch/	2004
TR-DGU TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumanetzwerk-dgu.de	2010

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR Aargau Krebsregister Aargau	Alle	krebsregister-aargau.ch/
NICER Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org
SKKR Schweizer Kinderkrebsregister	Alle	www.kinderkrebsregister.ch

Bemerkungen

Teilweise ist die Führung von Registern bereits heute verpflichtend. In den kommenden Jahren wird die Anzahl an Registern noch zunehmen.

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
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS)	Stroke Center	2013	2019	
ISO 9001:2015 und EN ISO 13485:2016	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte AEMP	2010	2019	
EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists)	Brustzentrum	2010	2019	
Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS) / ISO 9001:2015	Spitalpharmazie	2013	2019	
SN EN ISO/IEC 17025:2018 SN EN ISO 15189:2013	Institut für Labormedizin (IfIM)	2020	2020	
Akkreditierung Jacie (Joint Accreditation Committee- ISCT & EBMT)	Hämatologie, Institut für Labormedizin und Blutspendezentrum	2006	2020	Stammzelltransplantation
Akkreditierung nach ISO/IEC 17020:2012	Institut für Rechtsmedizin: Forensische Medizin	2015	2020	
Akkreditierung nach ISO 17025:2017	Institut für Rechtsmedizin: Forensische Genetik; Forensische Toxikologie	2015	2020	
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Rettungsdienst	2007	2018	
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Sanitätsnotrufzentrale	2019	2019	Erstzertifizierung
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG-Fachzertifikat	Onkologiezentrum Mittelland OZM	2016	2018	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG	Brust- und Gyn. Krebszentrum	2015	2018	
DKG Fachzertifikat	Dysplasieeinheit	2017	2020	
Kombiverfahren ISO	Viszeralonkologisches Zentrum	2015	2018	

9001:2015 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	(Darm- und Pankreaskrebs)			
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Prostatakrebs und Uro-onkologisches Schwerpunktzentrum	2016	2018	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG	Hautkrebszentrum	2016	2018	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und Fachzertifikat DKG	Lymphom, Leukämie und Hämatologische Systemerkrankungen	2016	2018	
Kombiverfahren ISO 9001:2015	Neuro-onkologisches Zentrum	2018	2018	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Kopf-Hals-Tumorzentrum	2018	2018	
ISO 9001:2015	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2018	2018	Erstzertifizierung
ISO 9001:2015	Orthopädiezentrum Endoprothetik	2015	2018	
ISO 9001:2015	Institut für Pathologie	2018	2018	Erstzertifizierung
ISO 9001:2015	Pflege Chirurgie	2018	2018	Erstzertifizierung
Fachzertifizierung	Interdisziplinäres Kontinenz- und Beckenbodenzentrum	2014	2020	
Fachzertifikat Endometriose- Vereinigung	Klinisches Endometriose-zentrum	2018	2018	Erstzertifizierung
Fachzertifizierung der deutschen Röntgengesellschaft (DRG)	Kardiovaskuläre Bildgebung im Institut für Radiologie	2015	2015	Erstes Spital in der Schweiz
NRG/RTOG National Cancer Institute USA	Radio-Onkologie Zentrum KSA-KSB	2012	2019	1. Spital in Europa als Main Member NRG Oncology letztes Audit: 2015
Rekole®	Rechnungswesen	2014	2018	Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung
Qualikita	Kita KSA Zwärglihuus	2013	2017	
H+Branchenlösung	Arbeitssicherheit und	2015	2020	

Arbeitssicherheit (EKAS)	Gesundheitsschutz			
Auszeichnung ENSH Global Network for Tobacco Free Health Care Services	Umsetzung der langfristig angelegten Rauchfreistrategie	2016	2019	Vorgaben der Organisation FTGS (Forum Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitsorganisationen)
ISO 9001:2015	Radio-Onkologie Zentrum KSA-KSB	2020	2020	Erstzertifizierung;Hyperthermie

Bemerkungen

Seit mehreren Jahren setzt sich das KSA mit der Qualität seiner Leistungen auseinander. In diesem Rahmen wurden in einzelnen Kliniken, Instituten und Abteilungen Zertifizierungsprojekte nach ISO 9001:2015, Akkreditierungen sowie nationale und internationale Fachzertifikate erreicht. Diese internen und externen Überprüfungen haben zu Verbesserungen der Organisation, der Prozesse sowie zu guten Ergebnissen geführt.

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			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2019 (CI* = 95%)
	2016	2017	2018	
Kantonsspital Aarau AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	3.94	4.09	4.04	4.05 (3.70 - 4.60)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.37	4.51	4.52	4.45 (3.90 - 4.90)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.41	4.48	4.50	4.50 (4.10 - 4.90)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.24	4.45	4.34	4.35 (4.00 - 4.90)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.80	3.89	3.87	3.84 (3.60 - 4.50)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	84.00 %	88.20 %	89.10 %	88.10 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2019				1690
Anzahl eingetreffener Fragebogen	671	Rücklauf in Prozent		39.7 %

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

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

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

Die adjustierten Mittelwerte der nationalen Patientenbefragung zeigen insgesamt gute Werte. In den entsprechenden Gremien werden Verbesserungsmassnahmen geplant und umgesetzt.

In Ergänzung zur ANQ-Messung liefert die kontinuierliche interne Online-Patientenbefragung detailliertere Ergebnisse. Die Befragung umfasst validierte Fragebögen zur Befragung von ambulanten und stationären Patientinnen und Patienten.

Im ambulanten Bereich wurden die strukturierten Telefoninterviews und der Einsatz von Tablets durch die elektronische Patientenbefragung ersetzt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im September 2019 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Elektronische Patientenbefragung

Der validierte Fragebogen zur Befragung aller stationären Patientinnen und Patienten erstreckt sich neben einem allgemeinen Urteil auf die fünf Themenbereiche Ärztinnen/Ärzte, Pflegefachpersonen, Organisation, Infrastruktur und Hygiene sowie Gastronomie. Der Fragenkatalog umfasst insgesamt zwölf Dimensionen.

Die Wöchnerinnen werden mittels eines separaten Fragebogens zu ihren Erfahrungen vor, während und nach der Geburt sowie zur Beratung und Betreuung ihres neugeborenen Kindes befragt.

Die Befragung der ambulanten Patientinnen und Patienten umfasst die Beurteilung der Aspekte Organisation, Behandlung und Betreuung sowie Räumlichkeiten.

Diese Patientenbefragung haben wir vom April 2020 bis fortlaufend durchgeführt. In die Messung involviert waren stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten der Medizinischen Universitätsklinik, Chirurgie und Frauenklinik.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Einführungsphase 2020 ist als Pilotprojekt zu werten. Die Analysen der Befragungsergebnisse 2020 führten zu einer gründlichen Überarbeitung des Umsetzungs- und Kommunikationskonzeptes der elektronischen Patientenbefragung.

5.2.2 Feedbacktablets

Mit Ausnahme der jährlichen nationalen Patienten- und Elternbefragung, gab es bisher keine systematische Befragung in der Klinik für Kinder und Jugendliche, welche die Klinikleitung zu Prozessverbesserungen nutzen konnte. Seit Frühling 2017 erfolgt die Patienten- und Elternbefragung über ein Feedbackterminal und dient der Erhebung zur Servicequalität und Zufriedenheit im ambulanten und stationären Setting.

Weitere Installationen folgten in den ambulanten Bereichen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Dermatologie und da die Interviewfragen nicht auf die Gebärstation passten, wurde auch dort das Feedbackterminal eingeführt. Die Datenerhebung ist einfach und die Fragebogen sind individuell auf die Bedürfnisse der Kliniken, Institute und Abteilungen erstellt. Anpassungen können zeitnah und unkompliziert im laufenden Betrieb vorgenommen werden. Mit dem Einsatz der Feedbackterminals steht eine permanente Patientenzufriedenheitsmessung zur Verfügung. Die Auswertung erfolgt in Echtzeit, das heisst die Ergebnisse können jederzeit über ein Dashboard eingesehen werden. So kann sofort auf Qualitätsschwankungen reagiert werden. Die Daten stehen sowohl standortspezifisch als auch auf Klinikebene zur Verfügung.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Dermatologie, Gebärstation sowie Klinik für Kinder und Jugendliche.

In den ambulanten Abteilungen sind die Feedbackterminals frei zugänglich. Bei stationären Patientinnen und Patienten wird das Tablet vor dem Spitalaustritt mit einer entsprechenden Erklärung persönlich abgegeben. Die Teilnahme erfolgt anonym und freiwillig. Bei Beschwerden kann eine E-Mailadresse angegeben werden und die Patientinnen und Patienten werden dann durch das Beschwerdemanagement direkt kontaktiert.

Die Messergebnisse lassen sich jederzeit einfach, grafisch aufbereitet über ein Dashboard abrufen. Insgesamt erreichen alle beteiligten Kliniken, Institute und Abteilungen gute bis sehr gute Werte. Die Ergebnisse werden in den klinikinternen Qualitätszirkeln thematisiert sowie Massnahmen geplant und umgesetzt.

Die Tabletbebefragungen wurden ab April 2020 rollend durch die elektronische Patientenbefragung abgelöst.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Mit der praxisnahen Befragung über die Feedbacktablets werden die Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen unkompliziert über ihre Erlebnisse in unserem Spital befragt. Die Auswertungen können jederzeit vorgenommen werden, um auch Verbesserungsmassnahmen umgehend einzuleiten.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	opinioon GmbH
Methode / Instrument	opinioon GmbH

Bemerkungen

Mit dem Einsatz der Feedbacktablets stehen auch in den ambulanten Abteilungen permanente Patientenzufriedenheitsmessungen zur Verfügung.

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Aarau AG

Beschwerdemanagement

Beatrix Salzmann

Beschwerdemanagerin

062 838 44 18

beatrix.salzmann@ksa.ch

Mo, Di, Do und Fr; 08:00 - 12:00 und 14:00 -
17:00 h

6 Angehörigenzufriedenheit

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

6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2019 (CI* = 95%)
	2016	2017	2018	
Kantonsspital Aarau AG				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.56	9.08	8.75	8.62 (8.66 - 8.85)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.58	9.00	8.62	8.54 (8.66 - 8.83)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.84	9.17	8.96	8.91 (8.84 - 9.01)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.77	9.12	8.90	8.80 (8.88 - 9.04)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.19	9.67	9.31	9.43 (9.34 - 9.47)
Anzahl angeschriebene Eltern 2019				168
Anzahl eingetreffener Fragebogen	55	Rücklauf in Prozent		33.00 %

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

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

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

Die Befragung zeigt eine hohe Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung ihrer Kinder und Jugendlichen. Sie schätzten besonders die respekt- und würdevolle Behandlung ihres Kindes und würden das KSA auch ihrem Freundeskreis weiterempfehlen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2019 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

Bemerkungen

Die Messergebnisse werden im Benchmark mit den pädiatrischen A-Kliniken verglichen. Daraus resultieren Verbesserungsmassnahmen, welche klinikintern besprochen und umgesetzt werden.

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.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2015	2016	2017	2018
Kantonsspital Aarau AG				
Verhältnis der Raten*	1.03	1.05	1.02	1.04
Anzahl auswertbare Austritte 2018:				22

* 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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Daten aus dem SQLape®-Monitor zum Indikator der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen werden durch das Medizincontrolling analysiert und auffällige Werte kontrolliert. Bei einer Häufung von auffälligen Werten, werden diese den Kliniken, Instituten und Abteilungen weitergeleitet und dort bei Bedarf in Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen thematisiert.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten (BFS MedStat) 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 folgender Operationen:
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Gebärmutterentfernungen (Summe)
▪ Gebärmutterentfernungen (vaginal)
▪ Gebärmutterentfernungen (abdominal)
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020:

(Unterbruch der Messperiode, vom 1. März bis 31. Mai 2020, infolge der Covid-19-Pandemie)

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2020 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2020 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2020 (CI*)
			2017	2018	2019	
Kantonsspital Aarau AG						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	61	1	0.00%	1.90%	4.00%	1.30% (0.00% - 4.10%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	46	10	5.60%	22.70%	14.80%	23.50% (11.30% - 35.80%)
Gebärmutterentfernungen (Summe)	95	4	-	3.60%	4.20%	3.90% (0.00% - 7.70%)
Gebärmutterentfernungen (vaginal)	95	4	-	-	0.00%	3.90% (0.00% - 7.70%)
Gebärmutterentfernungen (abdominal)	0	0	-	-	4.30%	3.70% (0.00% - 7.50%)

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2018 – 30. September 2019:

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2019 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2019 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2019 (CI*)
			2016	2017	2018	
Kantonsspital Aarau AG						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	85	2	-	-	1.80%	2.90% (0.00% - 6.50%)

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Das KSA ist ein Zentrumsspital mit weit überdurchschnittlicher Erfahrung. Entsprechend besteht ein höherer Anteil an Patienten mit Begleiterkrankungen und komplexen Eingriffen. Die Infektrate ist in der Berichtsperiode von Jahr zu Jahr variierend. Die Messergebnisse werden jeweils in der Geschäftsleitung vorgestellt. Daraus erfolgten Massnahmen z.B. die laufenden OP-Beobachtungen und OP-Bundle, sowie Händehygiene-Beobachtungen. Zudem werden durch die Abteilung für Infektiologie gemeinsam mit den Kliniken M&M-Konferenzen für die Besprechung von SSI geplant.

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.

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Sturz konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

Weitere Informationen:

www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

	2017	2018	2019	2020 ***
Kantonsspital Aarau AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	8	8	8	–
In Prozent	3.10%	3.20%	3.20%	–
Residuum* (CI** = 95%)	-0.01 (-0.35 - 0.37)	0.03 (-0.35 - 0.41)	0.05 (-0.51 - 0.41)	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 ***	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

* 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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Sturzereignisse lassen sich trotz aller Präventionsmassnahmen nicht vollständig vermeiden. Die Ergebnisse werden im Fachführungsgremium Pflegeentwicklung kommuniziert. Vorschläge für Massnahmen werden durch die Bereichs- bzw. Stationsleitungen gemeinsam mit Pflege- und Fachexperten und den Teams erarbeitet. Folgende Verbesserungsmassnahmen zur Sturzprävention definiert: Einsatz von Kognimat (Bettausstieg) und Mobility Monitoring, zudem wurden auf Stationen mit hohem Sturzrisiko und wiederholten Stürzen Sturzrundgänge durchgeführt und mit dem Sicherheitsbeauftragten die Resultate besprochen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Internes Sturzregister

In Ergänzung zur Prävalenzmessung findet eine kontinuierliche Erfassung der stationären Sturzereignisse der erwachsenen Patientinnen und Patienten statt. Sie werden mittels Sturzprotokoll elektronisch dokumentiert. Die Zusammenfassung dieser Protokolle im Sturzregister ermöglicht Aussagen über die Ursachen, den Sturzort, die Sturzzeit, Begleitfaktoren, Verletzungsfolgen und pflegerische sowie ärztliche Massnahmen. Die gewonnenen Daten lassen sich bereichs- und stationsspezifisch auswerten und bieten auf diese Weise eine solide Grundlage zur Erarbeitung von Präventionsmassnahmen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Alle Bettenstationen mit Ausnahme der Klinik für Kinder und Jugendliche.

Alle erwachsenen, stationären Patientinnen und Patienten mit einem Sturzereignis während des Spitalaufenthaltes werden in die Erhebung eingeschlossen.

Im Rahmen der kontinuierlichen Erfassung wurden im Berichtsjahr 621 Stürze registriert. Ausführliche Auswertungen werden auf Bereichs- bzw. Stationsebene durchgeführt. Vorschläge für daraus resultierende Massnahmen werden in Zusammenarbeit mit der Abteilung Pflegeentwicklung diskutiert und umgesetzt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

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 Scherkräften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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.

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Dekubitus konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

		Vorjahreswerte			2020 ***	In Prozent ***
		2017	2018	2019		
Kantonsspital Aarau AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	2	5	5	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.51 (11.29 - 0.28)	0.03 (-0.27 - 0.32)	0.49 (-0.08 - 1.07)	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 ***		–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		–	

* 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/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Stationsbegehungen zur Einschätzung des Sturzrisikos

Basierend auf der validierten Checkliste (Safer Healthcare now! Reducing falls and injuries from falls. Getting started Kit. Appendix J - Environmental Fall Risk Assessment) wurden in Stichproben die Sturzrisiken je einer Station der Bereiche Frauenklinik, Chirurgie und Medizinische Universitätsklinik evaluiert. Ziel war die Sensibilisierung der Mitarbeitenden für die Ermittlung des aktuellen Handlungsbedarfes. Die Verbesserungsmassnahmen werden in den entsprechenden Gremien diskutiert.

18.1.2 “The Power of sour” – Kampagne zum gezielten Einsatz von PPI

Protonenpumpenhemmer (PPI) werden weltweit zu häufig eingesetzt, sind jedoch bei unkritischem Einsatz mit Risiken wie vermehrt auftretenden nosokomialen Pneumonien assoziiert. Im Herbst 2017 wurde im KSA daher bei einer bisher hohen Anzahl von Verordnungen die Kampagne „The Power of sour“ mit dem Ziel lanciert, den PPI-Verbrauch durch Einsatz einer stringenter, interdisziplinär erarbeiteten Indikationenliste um 30% zu senken. Zunächst wurden Arztdienst und Pflegepersonal zu Risiken und Indikationen von PPI instruiert und die Kampagne im Weiteren mit diversen Events unter dem Motto „The Power of sour“ beworben. Gleichzeitig wurden die aktuellen Verbrauchszahlen regelmässig rückgemeldet. Nach erfreulichem Rückgang des PPI-Verbrauchs zu Beginn der Kampagne wurde das Ziel der 30%-Reduktion noch nicht ganz erreicht.

18.1.3 KPHARM – ein Projekt zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit am KSA

Unerwünschte Arzneimittelereignisse sind ein Risiko für Patientinnen und Patienten, welche durch Medikationsfehler verursacht werden können. Ein Klinikinformationssystem (KIS) kann Fehler teilweise verhindern, aber nicht jeden Verordnungsfehler eliminieren. Hier setzt KPharm an – ein interdisziplinäres Projekt zwischen der Klinischen Pharmakologie und Klinischen Pharmazie zur Gewährleistung einer hohen Patientensicherheit. KPharm entwickelt KIS-integrierte Algorithmen, die Verordnungsfehler und potentiell vermeidbare unerwünschte Arzneimittelereignisse detektieren. Das KPharm-Team prüft die Meldungen und nimmt bei Bedarf mit dem verantwortlichen Arzt oder der verantwortlichen Ärztin Kontakt auf. Erste Erfahrungen mit den anfänglich zehn Algorithmen sind vielversprechend: Im letzten Quartal konnten 29 potenziell kritische Medikationsfehler betreffend Blutverdünnungsmedikamente kurz nach ihrem Auftreten detektiert und korrigiert werden. Weitere Algorithmen sind geplant.

18.1.4 Elektronische Patientenzufriedenheit

Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten ist ein wichtiger Qualitätsindikator. Eine regelmässige Patientenbefragung gewährleistet, dass die Spitalorganisation immer besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen und damit den Patientennutzen steigern kann. Aktuell werden am KSA verschiedene Methoden mit unterschiedlichen Konzepten für Patientenbefragungen angewendet. Ab dem 1. April 2020 werden die Patientenbefragungen mit einer systematischen einheitlichen, elektronischen Befragungsmethode für alle stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten durchgeführt.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

18.2.1 Neustrukturierung des Qualitätshandbuches

Das Qualitätshandbuch wurde einer umfassenden Revision unterzogen: Die neue Startseite des Qualitätshandbuches erleichtert den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den Zugriff auf qualitätsrelevante Dokumente. Die Grafik orientiert sich am organisatorischen Aufbau der Bereiche, Kliniken und Zentren. So finden die Mitarbeitenden für sie relevante Arbeitsanweisungen, Betriebsnormen, Checklisten und Richtlinien mit wenigen Arbeitsschritten. Dies ist ein wesentlicher Beitrag zum Wissensmanagement, welches im Rahmen der ISO-Zertifizierung einen elementaren Bestandteil bildet. Als weitere Entwicklungsmassnahme im Sinne der Synergiennutzung wurden im Frühling 2020 die dezentralen Qualitätshandbücher über eine Schnittstelle mit dem zentralen KSA-Qualitätshandbuch verbunden und damit der bidirektionale Austausch von Dokumenten untereinander ermöglicht.

18.2.2 Überarbeitung der Checkliste "Sichere OP"

Operationen stellen hohe Anforderungen an alle Beteiligten dar. Die Sensibilisierung für die einzelnen Schritte in der Teamarbeit vor, während und nach einem operativen Eingriff ist ebenso unerlässlich wie gut strukturierte Arbeitsabläufe. Der Einsatz einer Checkliste und die Durchführung des Team-Time-Outs helfen, die Patientensicherheit im OP zu erhöhen. Das KSA hat sich der Thematik bereits 2012 mit der „Checkliste Sichere OP“ gewidmet. 2018/2019 wurde diese Checkliste umfassend aktualisiert und der WHO-Checkliste angepasst. Somit steht ein wertvolles Arbeitsinstrument zur Verfügung, welches das Ziel verfolgt, mögliche Risiken frühzeitig zu erkennen und so zu einer Steigerung der Patientensicherheit beizutragen.

18.2.3 Trainingsraum für Patientensicherheit

In den Patientenzimmern können vielfältige Gefährdungen der Patientensicherheit auftreten. Deshalb ist es wichtig, sich schon beim Betreten eines Patientenzimmers möglichst rasch einen Überblick über die Situation zu verschaffen. Es gilt nicht nur die Patientin / den Patienten selbst zu beobachten und das Befinden einzuschätzen, sondern auch mögliche Sicherheitsrisiken in der Umgebung zu erkennen und auszuschalten. Ausserdem ist auf die Umsetzung der Verordnungen im KISIM / Copra zu achten. Dieser komplexe Vorgang muss gelernt und immer wieder geübt werden. Dazu bietet sich die Einrichtung eines praxisnahen Trainingsraumes an. Diese im englischsprachigen Raum als «Room of Horror» bekannte Methode garantiert einen hohen Lerneffekt. Der «Horror» besteht in der Konzentration von Fehlern, die im realen Pflegealltag hoffentlich weder in dieser Kombination noch in diesem Ausmass an einem Patientenbett anzutreffen sind. Es wird eine Situation im Patientenzimmer nachgestellt, die mit Gefahrenquellen präpariert ist. In Kleingruppen suchen die Teilnehmenden nach diesen Fehlern und kommen dabei in eine Diskussion über mögliche Sicherheitsrisiken. Im November 2019 richtete eine Projektgruppe der Fachabteilung Pflegeentwicklung und des Qualitätsmanagements für zwei Wochen einen solchen «Trainingsraum für Patientensicherheit» ein. Zur Sensibilisierung der Mitarbeitenden wurden 21 Fehler rund um die Themenfelder Hygiene, Medikamente, Ernährung, Patientenidentifikation und Technik eingebaut. Über 260 Mitarbeitende gingen auf die Suche nach simulierten Gefahrenquellen. Der Raum zog nicht nur Mitarbeitende aus den Bereichen Pflege / MTTD und Arztdienst, sondern auch aus anderen Berufsgruppen (z.B. Stab Pflege, Spitalpharmazie, Hauswirtschaft, Nuklearmedizin, Projekte und Prozesse, Architektur und Bau sowie Qualitätsmanagement) an. Alle Beteiligten gingen mit Eifer ans Werk, so dass neben den eingebauten Fehlern auch ungeplante Gefahrenquellen identifiziert wurden. Die Feedbacks waren durchweg positiv, so dass eine Neuauflage des Trainingsraumes für 2020/2021 geplant wird.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Onkologiezentrum Mittelland

Gut ein Viertel aller stationären und ambulanten Leistungen des Kantonsspitals Aarau stehen im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung. Das KSA bietet diesbezüglich eine Zentrumsfunktion. Es besitzt alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen. Seit Mai 2016 verfügt das KSA über das zertifizierte Onkologiezentrum Mittelland (OZM) nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Management-Organisation ISO. Die Organzentren Prostata- und Uroonkologisches Zentrum, Viszeralonkologisches Zentrum mit Darm- und Pankreaskrebs, Brust und gynäkologische Tumore inklusive Dysplasieeinheit, Hautkrebszentrum, Neuro-onkologisches Zentrum (Hirntumorzentrum) sowie das Kopf-Halstumorzentrum wurden mitzertifiziert. Ausserdem bildet das OZM im Bereich Lymphom, Leukämie und hämatologische Systemerkrankungen einen Schwerpunkt.

18.3.2 Orthopädiezentrum

Das Orthopädiezentrum hat sich nach den Vorgaben der ISO 9001:2015 zertifizieren lassen.

18.3.3 Pflege Bereich Chirurgie

In allen Zertifizierungsprozessen wirken die Pflegefachleute in den interdisziplinären und multiprofessionellen Arbeitsgruppen aktiv mit. Aus diesem Grunde hat die Pflege des Bereichs Chirurgie ihre Kernprozesse vereinheitlicht und sich nach ISO 9001:2015 zertifizieren lassen.

18.3.4 Institut für Pathologie

Das Institut für Pathologie hat als Meilenstein für die vorbereitete Akkreditierung nach EN 17025 die ISO-Zertifizierung nach 9001:2015 erreicht. In 2022 ist die Akkreditierung vorgesehen.

18.3.5 Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Die Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie hat ein breites Spektrum von Behandlungsprozessen und ist auch ein wichtiger Partner bei der Zertifizierung des Kopf-Halstumorzentrums. Die Klinik hat den Prozess der Zertifizierung nach ISO 9001:2015 aufgenommen um ihre Leistungen nach aussen besser darstellen zu können, die Prozesse insgesamt zu verbessern und um neue Mitarbeitende effizienter einzuführen.

19 Schlusswort und Ausblick

Wer eine Leistung einkauft, will wissen, ob die Qualität dieser Leistung stimmt. In diesem Sinne, soll die Öffentlichkeit erfahren, was das Kantonsspital Aarau unternimmt, um die Qualität seiner Leistungen zu sichern und zu fördern. Wer seine Qualität laufend misst und bewertet, verfügt über eine solide Grundlage, um sich stetig zu verbessern.

Ein wichtiges Grundprinzip des Qualitätsmanagements ist das fortlaufende Lernen. Das KSA positioniert sich mit einem kommunizier- und beweisbaren, nachhaltigen Qualitätsvorsprung. Erreichen will es das mit hervorragenden medizinischen, diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen auf allen Versorgungsstufen. Mit Qualitätsmanagement und Zertifizierungen, macht das KSA seine Qualität für Zuweisende, für die Öffentlichkeit und damit zukünftige Patientinnen und Patienten sichtbar. Aus diesem Grunde ist das Qualitätsmanagement auch explizit in der Unternehmensstrategie verankert.

Die Qualitätsaktivitäten orientieren sich dabei an mehreren strategischen Handlungsfeldern der Strategie:

1. Wir gestalten unsere Prozesse im Dienst der Qualität und Patientensicherheit effektiv und effizient.
2. Wir arbeiten patienten- und kundenorientiert und stellen die erforderliche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sicher.
3. Wir sichern unsere Marktführerschaft durch Leistungsbereitschaft und qualitäts- und ergebnisorientierte Forschung.

Für die Qualitätsentwicklung braucht es den persönlichen Ehrgeiz aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, das Beste für ihre Patientinnen und Patienten zu geben. Das Kantonsspital Aarau legt grossen Wert darauf, seine qualitativ hochstehenden Leistungen in Zukunft weiter auszubauen. Dabei wird auf allen Stufen der kontinuierliche Verbesserungsprozess gefördert und gegenseitiges Lernen unterstützt. Das Umsetzen von Wissen und ein achtsames Verhalten aller Mitarbeitenden bilden die Grundpfeiler für eine gute Qualität zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Daniela Vetterli
Leiterin Qualitätsmanagement

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

Akutsomatik

Angeborene 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)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
Spinale Neurochirurgie
Periphere Neurochirurgie
Behandlungen von vaskulären Erkrankungen des ZNS ohne die komplexen vaskulären Anomalien (IVHSM)
Behandlungen von komplexen vaskulären Anomalien des ZNS (IVHSM)
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Epileptologie: Komplex-Behandlung
Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)
Epileptologie: Komplex-Diagnostik mit Intensivmonitoring (IVHSM)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Strabologie
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme

Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (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
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
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
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
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
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und \geq 1000g)
Hochspezialisierte Neonatologie (< 28. Woche und < 1000g)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)

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/qualitaet/qualitaetsbericht/



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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