

# Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+



Freigabe: Adrian Schmitter, CEO  
25.05.2021



**Kantonsspital Baden**

## 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  
Martina Rütschlin  
Leiterin Qualitätsmanagement  
056 486 29 71  
[martina.ruetschlin@ksb.ch](mailto:martina.ruetschlin@ksb.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](https://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](https://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

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020 .....	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020 .....	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	11
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>12</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	12
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 .....	21
4.5 Registerübersicht .....	22
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	26
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>29</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>30</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>30</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	30
5.2 Eigene Befragung .....	32
5.2.1 "Zufrieden mit uns?" .....	32
5.2.2 Patientenbefragung Rettungsdienst .....	33
5.3 Beschwerdemanagement .....	34
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>35</b>
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik .....	35
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>37</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>37</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	37
<b>10 Operationen</b> Bei operierten Patienten werden die Qualitätsindikatoren wöchentlich besprochen.	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>38</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	38
<b>12 Stürze</b> .....	<b>41</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	41
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>43</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	43
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
<b>16 Zielerreichung und Gesundheitszustand</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
<b>17 Weitere Qualitätsmessung</b> .....	<b>45</b>
17.1 Weitere eigene Messung .....	45

17.1.1	Qualitätskennzahlen Organkrebszentren.....	45
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>46</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	46
18.1.1	Simulationsbasiertes Team-Training.....	46
18.1.2	Speaking-Up - erwünschter Ungehorsam .....	48
18.1.3	PDMS - Patientendaten Management System .....	49
18.1.4	Delirprävention - Delirsensibles Spital .....	50
18.1.5	Kunsttherapie auf der Palliativstation.....	51
18.1.6	Validation VA-CH auf den medizinischen Pflegestationen.....	52
18.1.7	Pflegeprozess .....	53
18.1.8	Medikationsprozess auf den Pflegestationen.....	54
18.1.9	Elektronischer Medikamentenschrank .....	55
18.1.10	Schmerzbehandlung .....	56
18.1.11	Aktivierungsbox.....	57
18.1.12	Mistery Patient .....	57
18.1.13	Automatisierte Dokumentation .....	58
18.1.14	Hey Patient App .....	59
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020 .....	60
18.2.1	Safety Room .....	60
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	60
18.3.1	Geltungsbereichserweiterung .....	60
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>61</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>62</b>
Akutsomatik .....		62
<b>Herausgeber .....</b>		<b>65</b>

# 1 Einleitung

## KSB - Ort der Gesundheit

Bei uns steht der Patient im Zentrum – und zwar schon seit 1349. Damals stiftete Königin Agnes von Ungarn der Stadt Baden ein Spital, das seitdem stets mit der medizinischen Entwicklung Schritt hielt. Triebfeder war dabei die Innovation. Die Maxime, sich ständig verbessern zu wollen, prägt das Kantonsspital Baden (KSB) und seine 2500 Mitarbeitenden bis heute. Schliesslich wollen wir unseren Patienten eine qualitativ hochwertige Behandlung und Betreuung bieten, damit ihr Leben lebenswert bleibt.

Durch unser vernetztes Denken und Handeln stärken wir die Rolle des KSB als Drehscheibe der Gesundheitsversorgung im Osten des Kantons Aargau. Unsere Dienstleistungspalette reicht von der Grundversorgung für die einheimische Bevölkerung bis zur hochspezialisierten Medizin, von der auch Patienten ausserhalb der Kantonsgrenzen profitieren können.

Die Bedeutung des KSB für die Gesundheitsversorgung zeigte sich nicht zuletzt während der SARS-CoV-2 Pandemie im Jahr 2020, als rund zwei Drittel aller im Aargau hospitalisierten Covid-Patienten hier behandelt wurden.

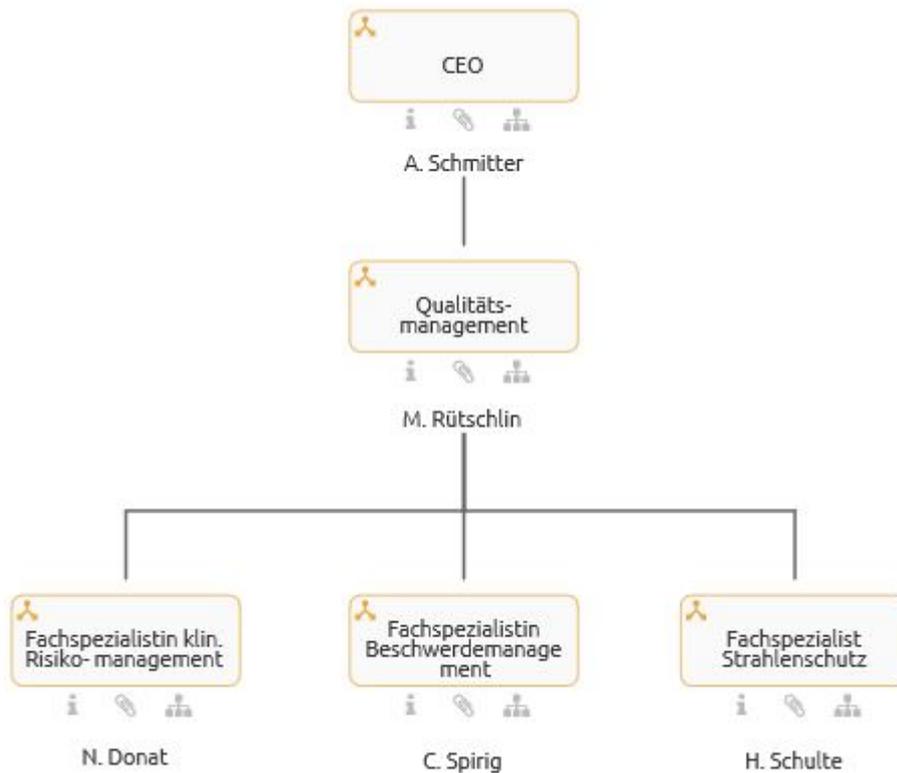
Mit dem 450 Millionen Franken Neubau, dem neuen Zentrum des KSB Gesundheitscampus, wird sichergestellt, dass das KSB auch in Zukunft ein Ort der Gesundheit ist, in dem der Patient im Zentrum steht.

Weitere Informationen unter [www.ksb.ch](http://www.ksb.ch)

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement koordiniert die Tätigkeiten zur Qualitätsentwicklung. Folgende Aufgaben gehören dazu:

- Ansprechpartner in allen Fragen des Qualitätsmanagements
- Selektion von vorgeschlagenen Verbesserungsprojekten zur Erhöhung der Patientensicherheit und -zufriedenheit
- Gesetzliche Anforderungen werden im Rahmen sämtlicher QM-Aktivitäten überprüft und allfällige Korrekturmaßnahmen werden zur Umsetzung eingeleitet (Strahlenschutz, Patientensicherheit, etc.)
- Veränderungen aus dem politischen Umfeld werden beobachtet, beurteilt und Massnahmen daraus abgeleitet (Revision KVG, Nationale Qualitätskommission etc.)
- Überwachung der Umsetzungen von Verbesserungsprojekten (Qualitätsverbesserung)
- Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten
- Organisation, Durchführung und Aufbereitung von Qualitätsmessungen
- Aufbereitung von Informationen zu Qualitätsaktivitäten sowie Qualitätskennzahlen zu Handen der Geschäftsleitung und der Medien
- Planung, Koordinierung und Durchführung von Zertifizierungen nach DIN EN ISO 9001:2015, Fachzertifizierungen sowie behördliche Inspektionen
- Das Bearbeiten von Beschwerden orientiert sich in den Grundzügen an den nationalen Richtlinien der Swiss Society for Quality Management in Health Care

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **290** Stellenprozente zur Verfügung.

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Michèle Schmid  
Direktorin Departement Pflege, Beauftragte  
oberste Leitung  
+41 56 486 29 02  
[michele.schmid@ksb.ch](mailto:michele.schmid@ksb.ch)

Frau Martina Rütschlin  
Leiterin Qualitätsmanagement  
+41 56 486 29 71  
[martina.ruetschlin@ksb.ch](mailto:martina.ruetschlin@ksb.ch)

Frau Nazli Donat  
Fachspezialistin klinisches  
Risikomanagement  
+41 56 486 29 70  
[nazli.donat@ksb.ch](mailto:nazli.donat@ksb.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### **Das Leitbild der Kantonsspital Baden AG (KSB)**

Das KSB ist seit mehr als 40 Jahren für Sie da. Unser Leitbild zeigt verbindlich, wofür wir stehen und nach welchen Grundsätzen wir im KSB handeln.

#### **Die Aufgaben des KSB**

- Als Dienstleistungsbetrieb setzen wir uns für eine hohe Lebensqualität unserer Bevölkerung ein.
- Wir sind ein führendes Zentrumsspital in der Schweiz und die wichtigste Drehscheibe der Gesundheitsversorgung im Ostargau.
- Die Ausbildung in zahlreichen Berufen sowie die Weiter- und Fortbildung für spezifische Spitalberufe sind uns ein besonderes Anliegen.

#### **Die Zielsetzungen**

- Das physische und psychische Wohlergehen unserer Patientinnen und Patienten ist Zentrum unserer Arbeit.
- Die Zufriedenheit aller Beteiligten ist unser Massstab.

#### **Die Patientinnen und Patienten**

- Sie sind Mittelpunkt unseres Betriebs. Ihnen gilt unsere grösste Aufmerksamkeit, bestmögliche Behandlung, Betreuung und Beratung.
- Für sie erbringen wir unser Engagement nach heute gültigen medizinischen, pflegerischen und ökonomischen Grundsätzen im Bewusstsein der Möglichkeiten und Grenzen.

#### **Das Team**

- Gegenseitiges Vertrauen, Toleranz, Respekt und Loyalität formen unsere Betriebskultur.
- Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfüllen bestmöglich fachliche und menschliche Ansprüche am Ort ihres Einsatzes, im Wissen um wirtschaftliche Gegebenheiten.

#### **Die Organisation**

- Unsere Führungsverhältnisse und Organisationsabläufe sind einfach, übersichtlich und transparent.
- Professionalität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit sind wesentliche Teile unserer Qualität, um deren stete Verbesserung wir uns bemühen.
- Wir pflegen eine offene Kommunikation und enge Zusammenarbeit mit zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, auswärtigen Diensten, Pflegeeinrichtungen, anderen Gesundheitsinstitutionen und Partnern.
- Im Bestreben um Fortschritt und Entwicklung nehmen wir neue Anforderungen verantwortungsbewusst wahr.

#### **Qualität und Gesundheitsförderung**

- Durch stetes Lehren und Lernen und aufmerksames Überwachen von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen sichern und entwickeln wir unsere Qualität.
- Wir achten auf Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung als integrale Bestandteile unserer Leistungserbringung.

#### **Qualität im Gesundheitswesen**

Das Thema Qualität ist im Gesundheitswesen elementar und hat sich im Bewusstsein der Bevölkerung verankert. Die grössten Herausforderungen sind z.B. steigende Patientenzahlen, ein anhaltender Kostendruck und eine hohe Arbeitsbelastung, um nur einige zu nennen.

Wer Qualitätsmanagement im Spital umsetzen will, steht vor einer anspruchsvollen Aufgabe. Vor diesem Hintergrund müssen die Verantwortlichen Lösungen finden, die eine qualitativ gute und ressourcenschonende Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherstellen. Damit dies gelingt, müssen Mitarbeitende mit ihrer Bedeutung als wesentliche Ressource und als Leistungserbringende in den Mittelpunkt gestellt werden.

An dieser Stelle setzt das Qualitätsmanagement (QM) an: Die Implementierung eines entsprechenden Qualitätsmanagementsystems (QM-System) im Spannungsfeld „Wirtschaftlichkeit – Qualität – Humanität“ ist eine wichtige Aufgabe. Es müssen Rahmenbedingungen und Strukturen geschaffen werden, in denen Mitarbeitende zum Wohle der Patientinnen und Patienten des Unternehmens agieren können. Um qualitativ hochwertige Leistungen erbringen zu können, sind motivierte und hoch spezialisierte Fachpersonen unerlässlich. Ein implementiertes QM-System, flankiert von ausgewählten und unterstützenden Zertifizierungen, erhöht die Attraktivität als Arbeitgeber für potentielle Mitarbeitende, kann aber auch ein wichtiges Marketinginstrument für Zuweisende und potentielle Patientinnen und Patienten sein.

Der Verwaltungsrat und die Geschäftsleitung der Kantonsspital Baden AG haben die Strategie 2017-2021 für das KSB festgelegt. Eine der Zielsetzungen ist die Ausrichtung auf eine Lean-Organisation:

**Ziel:** Das KSB orientiert sich bezüglich der Ablauf- und Aufbauorganisation konsequent an der LEAN-Philosophie und setzt den Kunden/Patienten in den Fokus der Handlungen.

**Handlungsfeld: Ablauf- /Aufbauorganisation:** Wir standardisieren und messen unsere Prozesse regelmässig hinsichtlich Qualität, Effizienz und Effektivität. Wir beschränken den administrativen Aufwand auf das Sinnvolle und Notwendige. Wir etablieren ein aktives Change-/Innovationsmanagement. Wir führen das KSB schlank und effizient.

Wir sind überzeugt, dass die Bausteine der Lean-Philosophie helfen, die Prozessverbesserungen zu liefern, die vom QM-System benötigt werden. Das Leanmanagement ist eine gute Ergänzung zum QM und trägt viel zur Verbesserung der Gesamtprozesse bei.

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

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020

- Erfolgreiche Re-Zertifizierung DIN EN ISO 9001:2015
- Das bestehende Qualitätsmanagement System DIN EN ISO 9001:2015 (QMS) hat sich in den letzten Jahren erheblich weiterentwickelt und bewährt. Die Implementierung des Systems wird in weitere Bereiche, vor allem in die patientennahen Bereiche ausgedehnt.
- Erlangen von weiteren (Fach-) Zertifikaten und Labels in spezialisierten Bereichen

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

### Strukturqualität

- Finalisieren des Befragungskonzeptes KSB
- Laufende Bereinigung QM-Handbuch Informer
- Fortlaufende Implementierung von behördlichen und gesetzlichen Vorgaben
- Beschwerden quantitativ und qualitativ erfassen
- Statuten zum Gremium Qualitätskommission erstellen

### Prozessqualität

- Erfolgreiche externe Überprüfung des Qualitätsmanagementsystems DIN EN ISO 9001:2015
- Erfolgreiche Re-Zertifizierung des Gefässzentrums durch die Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässerkrankungen (USGG)
- Erst-Zertifizierung des Zentrums für Hämatologische Neoplasien durch die deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
- Das Qualitätscockpit mit definierten Qualitätskennzahlen ist etabliert. Aktuelle und relevante Kennzahlen stehen den Verantwortlichen stufengerecht zur Verfügung

### Ergebnisqualität

- Alle geforderten ANQ-Messungen wurden durchgeführt und die Ergebnisse im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung analysiert und mögliche Verbesserungen eingeleitet
- Alle geforderten fachlichen Anforderungen für die verschiedenen Tumorentitäten sind für eine erfolgreiche Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft vorhanden
- Qualitätsindikatoren nach BAG

## 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Bis in fünf Jahren wollen wir bezogen auf Qualität, moderne Infrastrukturen und patientengerechte Prozesse und Abläufe an der Spitze vergleichbarer Häuser stehen.

Dabei stehen wir zu folgenden Werten am Kantonsspital Baden:

Wir stellen den Kunden ins Zentrum unseres Handelns

Wir sind ein Team und setzen auf Zusammenarbeit und Kommunikation

Wir bekennen uns zu Leistung und Qualität

Wir setzen auf Vertrauen, Loyalität und Respekt

Wir erzielen optimale Resultate in allen Bereichen

(Unternehmenswerte KSB, 21.03.2019)

## 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](http://www.anq.ch).

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

#### Bemerkungen

- Die geplante Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus vom 10. November 2020 haben ANQ zusammen mit der Berner Fachhochschule (BFH) abgesagt
- Die nächste Patientenzufriedenheitsmessung in der Akutsomatik wird im Juni 2021 durchgeführt

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

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ "Zufrieden mit uns?"</li><li>▪ Patientenbefragung Rettungsdienst</li></ul>

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Qualitätskennzahlen Organkrebszentren</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### CIRS

<b>Ziel</b>	Identifikation von klinischen Risiken und Förderung der Sicherheitskultur, Einleitung von Präventions- und Verbesserungsmassnahmen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2011
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Identifikation von sicherheitsrelevanten Problemen und latenten Fehlern, Steigerung der Aufmerksamkeit für Risiken und Lösungsmöglichkeiten, Förderung des einrichtungsübergreifenden Lernens aus Fehlern und Risiken.
<b>Methodik</b>	Meldeportal new-win SW Solutions AG, Suhr / Aargau
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle in die Behandlung und Therapie involvierten Berufsgruppen
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Schriftenreihe Nr. 4 - Das ABC der Patientensicherheit - Patientensicherheit Schweiz

##### Meldepflichtige Vorkommnisse (Vigilanz Meldungen)

<b>Ziel</b>	Sicherstellung der Patienten- und Anwendersicherheit
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2011
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Identifikation und Meldung von unerwünschten Arzneimittelreaktionen, Vorkommnissen oder beinahe Vorkommnissen in Zusammenhang mit Blutprodukten und Medizinprodukten.
<b>Methodik</b>	Meldeportal new-win SW Solutions AG, Suhr / Aargau
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle in die Behandlung und Therapie involvierten Berufsgruppen

## Sturz

<b>Ziel</b>	Erfassung und Vermeidung von Patienten-Stürzen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2011
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Flächendeckendes Screening und Monitoring, Evaluation von Sturzereignissen, Weiterentwicklung der Sturzprophylaxe
<b>Methodik</b>	Elektronische Patientenakte KISIM
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflegefachpersonen
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Patienteninformationsbroschüre zum Thema Sturz, Schriftenreihe Nr. 2 - Sturzprävention - Patientensicherheit Schweiz

## Dekubitus

<b>Ziel</b>	Erfassung und Vermeidung von Dekubitus
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2011
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Flächendeckendes Screening und Monitoring, Weiterentwicklung der Dekubitusprophylaxe
<b>Methodik</b>	Elektronische Patientenakte KISIM
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflegefachpersonen

## Patienten Sicherheitsarmband

<b>Ziel</b>	Sicherstellung bestmöglicher Voraussetzungen zur eindeutigen Identifikation von Patientinnen und Patienten
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	Seit 2011
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Steigerung der Patientensicherheit, Weiterentwicklung der Sicherheitskultur
<b>Methodik</b>	Elektronisches Patientenidentifikationsarmband - EPIB
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle in die Behandlung und Therapie involvierten Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Im Herbst 2019 wurden im Rahmen der Optimierung von Eintrittsprozessen die administrativen Prozesse und die Aufnahme von Patientinnen und Patienten hinsichtlich EPIB evaluiert. Aufgrund der Erkenntnisse der Evaluation werden den Patientinnen und Patienten seit Februar 2020 bereits bei der Aufnahme die EPIB angelegt.

## Aggressionsmanagement

<b>Ziel</b>	Erfassung von Aggressionsereignissen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	Seit 2012
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Häufung von aggressivem Verhalten
<b>Methodik</b>	Meldeportal new-win SW Solutions AG, Suhr / Aargau
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle in die Behandlung und Therapie involvierten Berufsgruppen.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Im 2019 haben die Ereignismeldungen gegenüber dem Vorjahr um 30% zugenommen. Bei 70% der Meldungen wurde als Grund für die Aggression eine Verwirrtheit des Patienten angegeben. Das Delir Konzept wird im Rahmen einer interprofessionellen Projektgruppe (delirsensibles Spital) neu überarbeitet. Im Fokus des Projektes stehen die Früherkennung von gefährdeten Patientinnen und Patienten und eine kontinuierliche Begleitung solcher Patientinnen und Patienten.

## Sichere Chirurgie

<b>Ziel</b>	Vermeidung von Fehlern und Komplikationen in der Chirurgie
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ambulante und stationäre Chirurgie
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2013
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Die systematische Kontrolle der Prozessschritte und die konsequente Umsetzung der Standards reduzieren Fehler und Komplikationen, wie Infektions- und Anästhesiekomplikationen oder Eingriffsverwechslungen.
<b>Methodik</b>	Checkliste "Sichere Chirurgie": Sign In - Team Time Out - Sign Out
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Operateure, Pflegefachpersonal, OP-Lagerungspersonal, Anästhesiepersonal, Operationstechnische Assistenten (OTA)
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Schriftenreihe Nr. 5 - Operation Sichere Chirurgie - Patientensicherheit Schweiz

## Themenwochen

<b>Ziel</b>	Sensibilisierung und Vertiefung von aktuellen Themen aus dem pflegerischen Alltag
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Pflegestationen
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2015
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Gestaltung des Fortbildungsangebots zur kontinuierlichen Verbesserung praxisnah und im Arbeitsalltag
<b>Methodik</b>	Die Themenwochen dienen als Fachinputs, bei denen auf bereits vorhandenes Wissen und methodische Fähigkeiten zurückgegriffen wird. Durch den problembasierten Ansatz des Lernens werden gezielt Problemfelder erschlossen und Verbesserungen dazu erarbeitet.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Dipl. Pflegefachpersonen, Pflegeexpertinnen, Fachpersonen Gesundheit (FaGe) und je nach Thema weitere relevante Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Auf den Pflegestationen wurden für die Pflegefachpersonen im Laufe des Jahres verschiedene Themenwochen durchgeführt. Diese haben das Ziel, relevante Themen des Berufsalltags näher zu beleuchten und dadurch die Pflegeteams zu sensibilisieren und Wissen zu vermitteln.

## Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte (SSI Surveillance)

<b>Ziel</b>	Epidemiologische Überwachung von Wundinfektionen nach chirurgischen Eingriffen (englisch: Surgical Site Infections - SSI)
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Chirurgie
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2009
<b>Begründung</b>	Durch die regelmässige Rückmeldung der Ergebnisse können Präventivmassnahmen korrigiert und verbessert werden.
<b>Methodik</b>	Die Erfassung von Patientendaten, Angaben zu Eingriffen und Infektionen in einem standardisierten Webformular (MemDoc)
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Infektiologie, Spitalhygiene und Chirurgie

## Nationale Intervention zur Verminderung von postoperativen Wundinfektionen (SSI Intervention)

<b>Ziel</b>	Die Reduktion von Wundinfektionen nach chirurgischen Eingriffen mit drei elementaren Massnahmen der Prävention
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Chirurgie
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2015
<b>Begründung</b>	Durch Stärkung der Präventivmassnahmen kann das Auftreten von postoperativen Infektionen vermindert werden.
<b>Methodik</b>	Die regelmässige Überwachung der Interventionsmassnahmen mit Feedback
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Infektiologie, Spitalhygiene und Chirurgie

## Nationale Erhebung der Händehygiene-Compliance (CleanHands)

<b>Ziel</b>	Die Verbesserung der Händehygiene-Adhärenz und diese nachhaltig auf hohem Niveau halten
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Jährlich jeweils im November
<b>Begründung</b>	Die Übertragung von Keimen über die Hände des Spitalpersonals gilt als eine der Hauptursachen für Healthcare-assoziierte Infektionen.
<b>Methodik</b>	Direkte Beobachtung der Händehygiene nach dem Konzept «My 5 moments», Erfassung mit einem standardisierten Online-Tool (CleanCare) und unmittelbares Feedback ans Personal
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle in die Behandlung und Therapie involvierten Berufsgruppen

## Speaking-Up

<b>Ziel</b>	Implementation und Festigung einer Unternehmenskultur, in der das Benennen von Fehlern und Gefahren nicht nur erlaubt, sondern erwünscht ist, um die Patientensicherheit zu erhöhen und den schädigenden Einfluss von Hierarchien zu reduzieren
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Aktiv: Departement Anästhesie gemeinsam mit Departement Pflege. Passiv: KSB gesamt (E-learning Modul)
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2019-2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Eine Erkenntnis der Sicherheitsforschung in «high reliability organisations» wie der Aviatik und der Medizin ist die Tatsache, dass Fehler häufiger beobachtet als benannt werden. Aufgrund von empfundener Hierarchie, Zweifel am Nutzen oder Konfliktvermeidung wird in über 70% der Fälle geschwiegen. Speaking- Up, das «Benennen von Fehlern oder Gefahren» ist jedoch eine essenzielle Fähigkeit, welche Fehler, Zwischenfälle und Patientenschaden abwenden kann, sowie die Leistung von medizinischen Teams erhöht.
<b>Methodik</b>	Wissenschaftlich begleitete Implementation im Departement Anästhesie. Sichtbarkeit des Projekts im gesamten KSB
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Expertinnen/Experten NDS HF Anästhesiepflege und Ärzte der Anästhesie.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Fortlaufende Evaluation und Anpassung.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Schriftenreihe Nr. 8 - Speak Up - Wenn Schweigen gefährlich ist - Patientensicherheit Schweiz

## Simulationsbasiertes Team-Training

<b>Ziel</b>	Standardisierung und Ausbau der bestehenden simulationsbasierten Team-Trainings im Departement Anästhesie und Erweiterung auf interdisziplinäre Trainings mit weiteren Akutdisziplinen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Departement Anästhesie gemeinsam mit Departement Pflege. Weitere Fachbereiche werden themenspezifisch einbezogen: 2019 gemeinsam mit der Geburtshilfe und die Pädiatrie
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2018
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Medizinische Zwischenfälle schaden unseren Patienten und haben weitreichende emotionale, juristische und finanzielle Konsequenzen. An über 70% aller Zwischenfälle sind menschliche Faktoren (mit-) beteiligt (vor allem Kommunikations- und Teamprobleme). Den Bedarf, medizinische Teams erfahrungsbasiert, erwachsenengerecht und als Einheit in Kommunikation und Teamarbeit auszubilden und dadurch Patientensicherheit massgeblich zu erhöhen, deckt das simulationsbasierte Team Training.
<b>Methodik</b>	Aus- und Aufbau der Simulationstrainings im Departement Anästhesie und in kooperierenden Akutdisziplinen nach anerkannten Standards, um Patientensicherheit effizient und kosteneffektiv zu erhöhen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Expertinnen/Experten NDS HF Anästhesiepflege, Ärzte der Anästhesie, Ärzte und Hebammen der Geburtshilfe, Ärzte und Pflegefachpersonen der Pädiatrie
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Fortlaufende Evaluation und Anpassung, nationale und internationale Kooperationen, wissenschaftliche Begleitung an relevanten Messpunkten.

## Lean Management

<b>Ziel</b>	Das KSB entwickelt und etabliert durchgängige und messbare Prozesse, welche sich in allen Bereichen am Patienten orientieren. Dabei gewonnene Erkenntnisse sollen in die Planung des Neubaus miteinfließen.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Seit 2016
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Verschiedenste interne Analysen und interne wie auch externe Studien haben gezeigt, dass bezüglich Kundenorientierung und Prozesseffizienz im Gesundheitswesen noch grosses Verbesserungspotential vorhanden ist.
<b>Methodik</b>	Das KSB orientiert sich an den 10 Prinzipien des Lean Managements, um mittels kontinuierlichem Verbesserungsprozess eine positive Entwicklung in den Bereichen der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie der Produktivität zu erzielen.

#### 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 2004 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

##### **Bemerkungen**

Die bestmögliche Qualität und höchste Patientensicherheit sind zentrale Anliegen im KSB. Seit 2004 ist eine offene, positive Fehlerkultur durch Meldung von kritischen Zwischenfällen implementiert.

Die Mitarbeitenden haben die Möglichkeit, Ereignisse, wenn gewünscht anonym, vor Ort zu erfassen. Die Meldekreisverantwortlichen, bestehend aus interprofessionellen Teams, analysieren und bearbeiten dringende Meldungen zeitnah und leiten Korrekturmassnahmen in den entsprechenden Kliniken und Fachbereichen ein. In regelmässig stattfindenden CIRS Ausschuss Sitzungen werden die vordefinierten Meldungen im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung und Wissensmanagement (voneinander lernen) gemeinsam diskutiert.

Die Anzahl der CIRS Meldungen zeigt, dass die offene Fehlerkultur bei den Mitarbeitenden positiv gelebt wird. Die systematische Antrittskontrolle auf den Pflegestationen und die Einführung der Patientenidentifikationsarmbänder sind einige Beispiele der Massnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung, welche aufgrund der CIRS Meldungen implementiert wurden.

Nebst der Datenanalyse werden der Umgang mit CIRS und das Meldewesen jährlich evaluiert. 2018 wurde das System angepasst, und die interne Veröffentlichung der CIRS Fälle eingeführt. Die interne Veröffentlichung der Fälle unterstützt das Prinzip des "voneinander Lernens" und die Förderung der Meldebereitschaft.

Die Anzahl der CIRS Meldungen ist gegenüber dem Vorjahr angestiegen, was gemäss Rückmeldungen ein Hinweis für die grössere Meldebereitschaft der Mitarbeitenden ist. Die Steigerung der Meldebereitschaft basiert einerseits auf praxisnahen Fallbesprechungen durch die Meldekreisverantwortlichen und andererseits auf internen Publikationen zum Thema CIRS. Ende 2019 wurde in der Mitarbeiterzeitschrift ein Artikel über CIRS veröffentlicht und 2020 wurde ein Newsletter "CIRS am KSB" eingeführt.

## 4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>A-QUA CH</b> Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://sgar-ssar.ch/a-qua/">sgar-ssar.ch/a-qua/</a>	2005
<b>AMIS Plus</b> Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	2002-2011
<b>anresis.ch</b> ANRESIS: Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen	Alle Fachbereiche	Institut für Infektionskrankheiten, Bern <a href="http://www.anresis.ch">www.anresis.ch</a> <a href="http://www.infect.info">www.infect.info</a>	2004
<b>AQC</b> 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 <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2004
<b>ASF</b> Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	1998
<b>FIVNAT-CH</b> Fécondation In Vitro National	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM <a href="http://www.fivnat-registry.ch/">www.fivnat-registry.ch/</a>	2000
<b>Infreporting</b> Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	Einführungsdatum unbekannt
<b>KTRZ</b> Knochentumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie /	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel <a href="http://www.unispital-basel.ch/ueber-uns/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/institut-fuer-medizinische-genetik-und-">www.unispital-basel.ch/ueber-uns/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/institut-fuer-medizinische-genetik-und-</a>	1993

	Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	<a href="#">pathologie/pathologie/knochentumor-referenzzentrum/</a>	
<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch/">www.sgi-ssmi.ch/</a>	2008
<b>MIBB</b> Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie c/o Adjumed Services AG <a href="http://www.mibb.ch/">www.mibb.ch/</a>	2008
<b>Neonatal Registry</b> Swiss Neonatal Network & Follow- up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie <a href="http://www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13">www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/ aims.php?navid=13</a>	2016
<b>PET Minimal Data Set</b> PET Minimal Data Set	Nuklearmedizin	Schweizerische Gesellschaft für Nuklearmedizin <a href="http://www.nuklearmedizin.ch">www.nuklearmedizin.ch</a>	2016
<b>SBCDB</b> 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 <a href="http://www.sbcdb.ch">www.sbcdb.ch</a>	2013
<b>SHCS</b> Schweizerische HIV Kohortenstudie	Infektiologie	Schweizerische HIV Kohortenstudie <a href="http://www.shcs.ch">www.shcs.ch</a>	2007
<b>SIOLD</b> SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois <a href="http://www.siold.ch/">www.siold.ch/</a>	2010
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a>	2012
<b>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch/">www.smob.ch/</a>	2010
<b>SNPSR</b> Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	2020
<b>SPHC</b> Schweizer Register für Herzerkrankungen im Kindesalter	Kinderchirurgie, Herz- und thorak. Gefässchir., Kinder- und Jugendmedizin, Kardiologie, Intensivmedizin, Kinder Kardiologie, Kinder Herzchirurgie	Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung <a href="http://www.kinderherzforschung.ch/">www.kinderherzforschung.ch/</a>	2021
<b>SPNR</b> Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister	Prävention und Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Nephrologie, Pädiatrische Nephrologie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern <a href="http://www.kindernierenregister.ch">www.kindernierenregister.ch</a>	2020

<b>SPSU</b> Swiss Paediatric Surveillance Unit	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) <a href="http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/spsu.html">www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/spsu.html</a>	unbekannt
<b>srrqap</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Stadtspital Waid, Institut für Nephrologie -> srrqap <a href="http://www.swissnephrology.ch">www.swissnephrology.ch</a>	2007-2010
<b>SRSK</b> Schweizer Register für Seltene Krankheiten	Alle Fachbereiche	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) <a href="http://www.ispm.unibe.ch/research/research_registries_and_databases/index_eng.html">www.ispm.unibe.ch/research/research_registries_and_databases/index_eng.html</a>	2020
<b>STIS</b> Swiss Teratogen Information Service	Gynäkologie und Geburtshilfe, Prävention und Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Kl. Pharmakol. und Toxikol.	Swiss Teratogen Information Service STIS, Division de Pharmacologie clinique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois <a href="http://www.swisstis.ch/">www.swisstis.ch/</a>	1996
<b>Swiss-CP-Reg</b> Schweizer Cerebralparese Register	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys.Med. u. Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Neuropathologie, Neuropädiatrie, Entwicklungspädiatrie, Rehabilitation	Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern <a href="http://www.swiss-cp-reg.ch/">www.swiss-cp-reg.ch/</a>	2020
<b>Swiss-Reg-NMD</b> Swiss Registry for Neuromuscular Disorders	Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys.Med. u. Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Medizinische Genetik, Kardiologie, Pneumologie	Institut für Sozial und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern <a href="http://www.swiss-reg-nmd.ch">www.swiss-reg-nmd.ch</a>	2020
<b>SwissNeoNet</b> Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie <a href="http://www.swissneonet.ch">www.swissneonet.ch</a>	2018
<b>Swissnoso SSI</b> Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso <a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>	2009
<b>SWISSRECA</b> Swiss Registry of Cardiac Arrest	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Prävention und Gesundheitsw., Kardiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin preklinische und klinische	Interverband für Rettungswesen IVR-IAS <a href="http://www.ivr-ias.ch">www.ivr-ias.ch</a>	2019
<b>SWISSspine</b> SWISSspine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine <a href="http://www.memcenter.unibe.ch/iefo/">www.memcenter.unibe.ch/iefo/</a>	2021
<b>Swiss TECT Register</b> Schweizerisches Zentralregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Dermatologie und Venerologie, Herz- und thorak. Gefässchir.,	Schweizerische Gesellschaft für Phlebologie und Unionsgesellschaft (union of vascular societies)	2017

der thermischen endovenösen Kathethertherapie	Angiologie	<a href="http://uvs.ch">uvs.ch</a> <a href="http://phlebology.ch">phlebology.ch</a>	
<b>SWISSVASC</b> SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry <a href="http://www.swissvasc.ch/">www.swissvasc.ch/</a>	2012

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
<b>KR Aargau</b> Krebsregister Aargau	Alle	<a href="http://krebsregister-aargau.ch/">krebsregister-aargau.ch/</a>
<b>NICER</b> Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung <a href="http://www.nicer.org">www.nicer.org</a>
<b>SKKR</b> Schweizer Kinderkrebsregister	Alle	<a href="http://www.kinderkrebsregister.ch">www.kinderkrebsregister.ch</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
Referenzzentrum für Adipositaschirurgie	Chirurgie	2015	2015	SMOB (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders)
Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS)ISO 9001:2015	Spitalapotheke	2012	2018	
Q-Label der Krebsliga Schweiz (KLS) und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (SGS)	Interdisziplinäres Brustzentrum	2013	2017	
Deutsche Hernienchirurgie (DHG Siegel)	Chirurgie	2018	2018	Referenzzentrum für Hernienchirurgie
Babyfreundliches Spital (UNICEF)	Wochenbett	2005	2019	
SGI Anerkennung Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)	IMC	2017	2017	
SGI Anerkennung Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)	IDIS	2001	2020	Anerkennung erfolgreich erhalten
Branchenlösung H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (AS+GS)	KSB AG	2009	2019	
Palliativ.ch	Medizin	2018	2018	Zwischenaudit in 2020
Schweizerische Akkreditierungsstelle SAS ISO/ IEC 17025	Pathologie	2011	2016	Akkreditierung
Qualitop	KSB Move (Fitness)	2014	2020	Jährliche Qualitätsprüfungen

Interverband für Rettungswesen IVR	Rettungswesen	2005	2016	Re-Zertifizierung aufgrund COVID-19 auf 2021 verschoben
NRG/RTOG National Cancer Institute USA	Radio-Onkologie Zentrum KSA-KSB	2012	2019	1. Zentrum in Europa als Main Member NRG Oncology
Union Schweizer Gesellschaft f. Gefässerkrankungen USGG	Gefässzentrum	2014	2020	
Deutsche Gesellschaft für Phlebologie	Venen Kompetenz-Zentrum (Gefässzentrum)	2019	2020	
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies SFCNS	IMC	2015	2018	
RAL-GZ 992/1 Gütezeichen	Wäscherei KSB	2018	2018	Gütezeichen ist nicht begrenzt
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) in Kombination mit der ISO 9001:2015	Tumorzentrum Kantonsspital Baden	2015	2018	Geltungsbereich: Darmzentrum, Hämatologische Neoplasien, Mamma, Gynäkologische Tumoren (T), Prostata Pankreas (M), Sonst. Gastrointestinale Tumoren (S), Endokrine Malignome (S), Hoden, Penis (S), Niere (S), Harnblase (S)
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Gynäkologische Tumore	2015	2018	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Interdisziplinäres Brustzentrum	2008	2018	
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Prostatazentrum	2015	2018	
Deutsche Krebsgesellschaft	Viszeralonkologisches Zentrum (Darm und Pankreas)	2018	2018	
ISO 9001:2015	Ambulantes Operationszentrum	2018	2020	
ISO 9001:2015	Ambulatorium	2018	2020	

ISO 9001:2015	Anästhesie Arztdienst und Pflege (Ambulantes Operationszentrum und zentraler OP)	2019	2020	
ISO 9001:2015	Bettendisposition	2019	2020	
ISO 9001:2015	Blasen- und Beckenbodenzentrum	2008	2020	
ISO 9001:2015	Care Management	2019	2020	
ISO 9001:2015	Chirurgie	2019	2020	
ISO 9001:2015	Frauenklinik	2018	2020	
ISO 9001:2015	Geburtshilfe	2011	2020	
ISO 9001:2015	Gefässzentrum	2019	2020	
ISO 9001:2015	Nephrologisches Institut inkl. Dialyse	2007	2020	
ISO 9001:2015	Operationsbereich (Kubus und zentral)	2019	2020	
ISO 9001:2015	Orthopädie	2015	2020	
ISO 9001:2015	Radio-Onkologie Standort Baden	2020	2020	
ISO 9001:2015	Rettungsdienst	2018	2020	
ISO 9001:2015	Spitalhygiene (KSB und Aussenstandorte)	2019	2020	
ISO 9001:2015	Tumorzentrum	2015	2020	
ISO 9001:2015	Urologie an den Standorten Baden, Brugg, Limmatfeld	2015	2020	
ISO 9001:2015	Walk-In Praxis Limmatfeld	2020	2020	Erfolgreiche Erst-Zertifizierung in 2020
ISO 9001:2015	Wundberatung	2019	2020	
ISO 9001:2015	Zentralsterilisation (ZSVA)	2019	2020	
ISO 9001:2015	Zentrum für Bildgebung sowie Institut und Klinik Nuklearmedizin	2004	2020	
ISO 9001:2015	Zentrum Onkologie/Hämatologie	2014	2020	

### Bemerkungen

Das Zertifikat DIN EN ISO 9001:2015 wird in jedem Jahr um weitere Geltungsbereiche erweitert. Der Auditzyklus wird harmonisiert, sodass alle Bereiche den gleichen Zertifizierungszyklus haben.

Die Vorteile eines externen Audits sind zahlreich. Aus den Auditergebnissen können anschließend eventuelle Korrekturmaassnahmen abgeleitet werden, sodass wir unsere Abläufe und Systeme stetig verbessern können.

# 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	
<b>Kantonsspital Baden AG</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.05	4.07	4.16	4.13 (4.06 - 4.20)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.53	4.46	4.53	4.61 (4.54 - 4.68)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.55	4.44	4.48	4.55 (4.49 - 4.62)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.32	4.33	4.46	4.43 (4.34 - 4.52)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.83	3.80	3.95	3.90 (3.81 - 3.98)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	90.40 %	88.10 %	88.80 %	88.40 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2019				1264
Anzahl eingetreffener Fragebogen	467	Rücklauf in Prozent		37 %

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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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 ( $\geq 16$ Jahre) versendet, die im September 2019 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 "Zufrieden mit uns?"

#### Ziel der Befragung:

Die Befragung dient der Erhebung der Zufriedenheit aller Patientinnen und Patienten und ist wertvoll für das Kantonsspital Baden, damit wir einerseits unsere internen Prozesse und andererseits die Behandlungsqualität optimieren können.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Die Befragung wird in allen stationären Bereichen des KSB kontinuierlich durchgeführt.

Zur Erhebung der Zufriedenheit dient der interne Fragebogen "zufrieden mit uns?", welcher allen stationären Patientinnen und Patienten bei der Entlassung übergeben wird. Mittels Fragebogen wird die Zufriedenheit in den Bereichen Behandlung, Qualität, Kommunikation sowie Hotellerie erhoben. Die Rückläufer können spezifisch auf die jeweilige Station oder den Bereich ausgewertet werden und werden den Stationen zur Verfügung gestellt. Der Fragebogen ist mit einem QR-Code versehen und steht auch online zur Verfügung.

In 2019 wurden die fünf ANQ-Fragen in den internen Fragebogen integriert, sodass jährlich ein Vergleich durchgeführt werden kann.



#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Qualität betrachten wir als kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der im Zentrum unseres Handelns steht. Die Rückmeldungen unserer Patientinnen und Patienten sind uns daher sehr wichtig. Über Lob freuen wir uns und Kritiken sind für uns Ansporn, uns weiter zu verbessern.

Unsere Patientinnen und Patienten sind zu 99% zufrieden bis sehr zufrieden mit ihrem stationären Aufenthalt.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument
---

#### Bemerkungen

Durch die Rückmeldungen, welche den einzelnen Stationen und Bereichen zugeordnet werden können, sind konkrete Verbesserungen in unseren Prozessen möglich.

## 5.2.2 Patientenbefragung Rettungsdienst

Mit jährlich über 8700 Einsätzen gehört der Rettungsdienst des KSB zu den grössten im Kanton Aargau. Unser Ziel ist es, unseren Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochstehende präklinische Betreuung und Behandlung zu bieten, und sie in bestmöglichem Zustand der behandelnden klinischen Disziplin zu übergeben. Hierfür stehen wir täglich 24 Stunden an unseren beiden Standorten, am KSB und in Brugg, bereit.

Qualität betrachten wir als kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der im Zentrum unseres Handelns steht. Zur fortlaufenden Überprüfung und Verbesserung unserer Leistung gehören die Rückmeldungen unserer Patientinnen und Patienten massgeblich dazu. 2020 führten wir deshalb erstmals eine strukturierte Patientenbefragung durch.

Der Fragebogen umfasste 25 einzelne Aspekte von demographischen Daten, allgemeinen Fragen bis hin zu spezifischeren Fragestellungen, beispielsweise zur Schmerztherapie. Alle Antwortmöglichkeiten erlaubten eine Bewertung auf einer Skala von 1 – 6; zudem bestand die Möglichkeit für handschriftliche Bemerkungen und Anregungen.

Im Untersuchungszeitraum wurden unseren Patientinnen und Patienten 1000 Fragebögen mit beiliegendem vorfrankiertem Rückumschlag zugestellt. Die 430 beantworteten und zurück gesendeten Fragebögen wurden mittels EvaSys® des zentralen QM-KSB ausgewertet.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Juni 2020 bis September 2020 durchgeführt.

	1	2	3	4	5	6	Auswahl 1	Auswahl 6
1.1 Wie ausführlich wurden Ihnen Massnahmen (z.B. Infusion legen, Medikamente verabreichen) durch das Rettungsteam erklärt?	61%	26%	9%	2%	1%	1%	sehr ausführlich	viel zu wenig
1.2 Wie verständlich waren die Informationen, die Sie erhielten?	71%	21%	6%	1%	0%	1%	leicht verständlich	schwer verständlich
1.3 Wie wurde auf Ihre Bedürfnisse und Probleme eingegangen	74%	20%	3%	1%	1%	1%	sehr einfühlsam	viel zu wenig
1.4 Fühlten Sie sich durch das Rettungsteam respektvoll behandelt?	88%	9%	2%	1%	0%	0%	ja, absolut	nein, gar nicht
1.5 Wurden Angehörige oder Beteiligte angemessen miteinbezogen?	72%	17%	6%	1%	0%	5%	ja, absolut	nein, gar nicht
1.6 War das Rettungsteam freundlich und zuvorkommend?	91%	8%	1%	0%	0%	0%	ja, absolut	nein, gar nicht
1.7 Konnten Sie dem Rettungsteam vertrauen?	90%	9%	1%	0%	0%	0%	ja, absolut	nein, gar nicht
2.1 Wie schätzen Sie das Fachwissen der Rettungssanitäter ein?	77%	20%	2%	0%	0%	0%	sehr kompetent	ungenügend
2.2 Wie gut arbeitete Ihrer Meinung nach das Rettungsteam zusammen?	82%	15%	3%	0%	0%	0%	sehr gut	sehr schlecht
2.3 Hatten Sie das Gefühl, dass das Rettungsteam überfordert war?	89%	9%	1%	1%	0%	0%	nicht überfordert	überfordert
2.4 War die Fahrweise während der Fahrt der Situation angepasst?	86%	13%	1%	0%	0%	0%	ja, absolut	nein, gar nicht
2.5 Mussten Sie lange auf den Rettungsdienst warten?	72%	19%	5%	2%	1%	1%	gar nicht lange	sehr lange
3.1 Wurden Ihre Schmerzen ernst genommen?	86%	10%	2%	1%	0%	1%	ja, absolut	nein, gar nicht
3.2 Wie schnell wurden Ihre Schmerzen behandelt?	72%	21%	4%	1%	0%	2%	sehr schnell	gar nicht
4.1 Fühlten Sie sich durch den Rettungsdienst jederzeit fachlich gut betreut?	87%	11%	1%	0%	0%	1%	ja, absolut	nein, gar nicht
4.2 Wie beurteilen Sie den Gesamteindruck, den der Rettungsdienst auf Sie hinterlassen hat?	86%	13%	1%	0%	0%	0%	sehr gut	sehr schlecht

Zusätzlich zur spezifischen Fragestellungen hatten die Patienten die Möglichkeit ihre Rückmeldung in eigenen Worten mitzuteilen. Ein Beispiel dazu:

Herzlichen Dank an das Rettungsteam.  
Eine sehr wertvolle Arbeit, die sie mit grosser  
Hingabe ausgeführt haben ☺

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Diese durchwegs sehr positiven Ergebnisse lassen bei fehlender Voruntersuchung innerhalb der letzten fünf Jahre zwar keinen Schluss über eine Entwicklung zu, sind jedoch hoch erfreulich und weisen auf unsere hohe Professionalität hin. Insbesondere das respektvolle und freundliche Auftreten, die Teamarbeit und die Qualität der Schmerzbehandlung, sowie Vertrauen in uns werden überdurchschnittlich hoch bewertet. Verbessern möchten wir uns im Bereich Patienteninformation über unsere Massnahmen, sowie beim Einbezug der Angehörigen und weiteren Beteiligten während des Rettungseinsatzes.

Wir möchten diese Resultate in unsere Entwicklung einfliessen lassen und in geraumer Zeit eine weitere Befragung durchführen, um weiterhin zu den zukunftsweisenden Rettungsdiensten der Schweiz zu gehören.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### Kantonsspital Baden AG

Beschwerdemanagement

Cornelia Spirig

Fachspezialistin Beschwerdemanagement

+41 56 486 29 40

[beschwerdemanagement@ksb.ch](mailto:beschwerdemanagement@ksb.ch)

## 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	
<b>Kantonsspital Baden AG</b>				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.80	9.18	8.40	8.63 (8.07 - 9.17)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	9.07	9.10	8.70	8.90 (8.15 - 8.94)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9.04	9.25	9.10	9.07 (8.48 - 9.34)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9.09	9.31	9.10	9.18 (8.28 - 9.32)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.56	9.48	9.00	9.30 (9.15 - 9.71)
Anzahl angeschriebene Eltern 2019				129
Anzahl eingetreffener Fragebogen	32	Rücklauf in Prozent		25.00 %

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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2015	2016	2017	2018
<b>Kantonsspital Baden AG</b>				
Verhältnis der Raten*	0.97	1.17	1.05	1.08
Anzahl auswertbare Austritte 2018:				14802

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten (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](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Gallenblasen-Entfernungen
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

**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	
<b>Kantonsspital Baden AG</b>						
Gallenblasen-Entfernungen	252	6	1.20%	1.50%	1.10%	2.30% (0.50% - 4.20%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	21	0	3.80%	2.80%	7.70%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	104	15	20.50%	19.60%	23.70%	16.10% (9.00% - 23.10%)

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	
<b>Kantonsspital Baden AG</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	174	2	0.40%	0.00%	1.20%	0.60% (0.00% - 1.80%)

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

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

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

Im standardisierten Vergleich mit anderen Spitälern (SIR) liegt das Kantonsspital Baden bezüglich chirurgischem Wundinfekt auch in der aktuellen Beobachtungsperiode im schweizweiten Durchschnitt.

Besonders erfreulich ist, dass die Infektionsrate bei elektiven Hüft-Prothesen weiterhin auf einem überdurchschnittlich tiefen Niveau verharrt und dass die Infektionsrate bei Colon-Infekten deutlich gesunken ist.

Zu beachten ist in der aktuellen Beobachtungs-Episode, dass im Jahr 2020 auf Grund der SARS-CoV-2 Pandemie die Datenerhebung vorübergehend unterbrochen wurde und deshalb Lücken aufweisen kann.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut

Swissnoso

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

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

#### Messergebnisse

	2017	2018	2019	2020 ***
<b>Kantonsspital Baden AG</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	10	5	5	–
In Prozent	5.30%	2.20%	2.20%	–
Residuum* (CI** = 95%)	0.24 (-0.35 - 0.83)	0.05 (-0.32 - 0.40)	-0.15 (-0.53 - 0.23)	–
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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

Im KSB wird nicht nur eine jährliche Prävalenzmessung gemacht, sondern kontinuierlich die Inzidenz von Stürzen gemessen. Dadurch können zeitnah Verbesserungen eingeleitet werden. Die Betreuungsteams werden regelmässig zum Thema Sturz geschult. Alle Stürze werden durch die Pflegeexpertinnen analysiert, damit mögliche Sturzursachen behoben werden können. Durch diese Massnahmen konnte die Sturzrate reduziert werden.

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

## 13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit 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](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

		Vorjahreswerte			2020 ***	In Prozent ***
		2017	2018	2019		
<b>Kantonsspital Baden AG</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	4	5	5	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)		0	0.03 (-0.26 - 0.32)	–	–
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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

Im KSB wird nicht nur eine jährliche Prävalenzmessung gemacht, sondern kontinuierlich die Inzidenz von Dekubitus gemessen. Jeder Dekubitus wird durch das Team der Wundberatung und die Pflegeexpertinnen analysiert, damit Qualitätsverbesserungen eingeleitet werden können. Die Ernährungsberatung wird gezielter eingeschaltet, wenn Patientinnen und Patienten dekubitusgefährdet sind, um eine optimale Ernährung zu planen.

**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"> <li>▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Qualitätskennzahlen Organkrebszentren

Im Tumorzentrum KSB werden die Organkrebszentren unter einem Dach vereint und nach der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. Durch das Zertifizierungssystem möchte man die Betreuung onkologischer Patientinnen und Patienten verbessern und ihnen in jeder Phase ihrer Erkrankung eine Behandlung ermöglichen, die sich an hohen Qualitätsmassstäben orientiert. Die Qualität der Zentren wird jährlich in Benchmarking-Berichten erfasst und veröffentlicht. Zusätzlich lassen sich Darmkrebszentren auf freiwilliger Basis einen jeweils individualisierten Jahresbericht erstellen, der die eigenen Ergebnisse im Vergleich zu anderen zertifizierten Zentren darstellt. So können sie die eigene Qualität stetig verbessern.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Interdisziplinäres Brustkrebszentrum, Prostatakrebszentrum, Interdisziplinäres Darmkrebszentrum, Pankreaskrebszentrum, Gynäkologisches Tumorzentrum, Zentrum für Onkologie/ Hämatologie, Zentrum für Schilddrüsentumore und Zentrum für Hämatologische Neoplasien.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Kennzahlenbögen der Organzentren beinhalten zahlreiche, organspezifisch differenzierte Ergebnisse und sind auf der Homepage der Deutschen Krebsgesellschaft publiziert.

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Simulationsbasiertes Team-Training

**Projektart:**

Qualitätsentwicklungsprojekt Patienten- und Mitarbeitersicherheit

**Projektziel:**

Feste Etablierung und Ausbau der interdisziplinären Team-Trainings von Anästhesie und weiteren Akutdisziplinen, um die Patienten- und Mitarbeitersicherheit zu erhöhen, und die mit Fehlern verbundenen Kosten zu senken.

**Projekttablauf / Methodik:**

Medizinische Zwischenfälle, bei denen Patientinnen/Patienten zu Schaden kommen, haben weitreichende emotionale, juristische und finanzielle Konsequenzen. Doch gerade in der Medizin, wo dynamische Situationen häufig in wechselnden Teams zu unterschiedlichen Tag- und Nachtzeiten unter verschiedensten Begleitumständen bewältigt werden müssen, sind sie auch besonders häufig,

An über 70% aller Zwischenfälle sind menschliche Faktoren (mit-) beteiligt; das sind vor allem Kommunikations- und Teamprobleme. Insbesondere, weil Studium und Ausbildung bis heute eher wissensbildend und auf einzelne Schüler ausgelegt sind, werden wir nicht ausreichend auf den medizinischen Alltag in seiner Komplexität vorbereitet.

Diese Lücke, medizinische Teams erfahrungsbasiert, erwachsenengerecht und als Einheit in Teamarbeit und Kommunikation auszubilden und dadurch Patientensicherheit massgeblich zu erhöhen, schliesst das simulationsbasierte Team-Training.

Die im 1. Quartal 2018 eingeführten monatlichen Halbtages-Simulationstrainings der Anästhesie sollten kosteneffektiv auf internationalem Standard ausgebaut werden. Hierfür wurde Dr. Carl Schick, Oberarzt Anästhesie und vormals medizinischer Co-Leiter Simulationszentrum USZ, rekrutiert.

Im Jahr 2019 konnten die bestehenden Simulationstrainings folgendermassen verbessert werden:

- Das Format der Trainings wurde für Personal- und Lehrplanung optimiert; 10 Halbtages-Simulationstrainings wurden in einer Woche im Dezember 2019 durchgeführt und 36 Kollegen der Anästhesie konnten trainiert werden.
- Die Lernziele wurden mit vorhandenen Risikofeldern (z.B. anhand CIRS-Meldungen und Kooperation mit den Abteilungen QM / RM) sowie den Lernzielen des Departements (z.B. aktuell Speaking-Up) in Einklang gebracht.
- Instruktoren und Material wurden wo notwendig erweitert: Das Simulationsgerät "i-Simulate" sowie das Simulationsmannequin «Laerdal Kelly» konnten beschafft und drei neue Instruktoren ausgebildet werden.
- Die Anerkennung durch die Berufsverbände SGAR und SGNOR wurde erreicht, eine validierte Kursevaluation zur eigenen Qualitätskontrolle und kontinuierlichen Verbesserung wurde implementiert.
- Die wissenschaftliche Begleitung an wesentlichen Messpunkten des Projekts wurde durchgeführt, um die empirische Basis für die Trainings zu erweitern.

Patientenversorgung findet nicht nur durch die Anästhesie alleine, sondern häufig interdisziplinär statt – insbesondere in Akutsituationen finden sich spontan zusammengestellte Fachpersonen unterschiedlicher Disziplinen und Berufsgruppen (sogenannte «ad-hoc action teams») mit der gemeinsamen Versorgung eines Patienten betraut. Hier ist gute Teamarbeit essenziell, doch kommt es gerade hier besonders häufig zu Schwierigkeiten bei Kommunikation und Koordination und

Patientinnen/Patienten kommen unnötig zu Schaden oder werden suboptimal versorgt.

Insbesondere die interdisziplinäre Kommunikation und Koordination, sowie Patientensicherheit werden durch simulationsbasierte Team-Trainings verbessert, und Departements-interne Prozesse können während interdisziplinärer Trainings auf ihre Kompatibilität überprüft werden.

Analog dem Aufbau für die Anästhesie-internen Simulationstrainings ist im Jahr 2019 auch die Implementation der ersten KSB intern ausgerichteten interdisziplinären simulationsbasierten Team-Trainings erfolgt:

- Vier Halbtagestrainings im Dezember konnten gemeinsam mit der Geburtshilfe und ihrer Simulationsinstructorin durchgeführt und zusammen mit 36 Kollegen der Anästhesie auch 16 Kollegen der Geburtshilfe trainiert werden.
- Der neue Handlungsalgorithmus «Postpartale Hämorrhagie» konnte geschult und getestet werden.

#### **Involvierte Berufsgruppen:**

Pflegfachpersonen, Expertinnen/Experten NDS HF Anästhesiepflege und Ärzte der Anästhesie, Ärzte und Hebammen der Geburtshilfe, Ärzte und Pflegefachpersonen der Pädiatrie.

#### **Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Die Trainings sind erfolgreich und werden als sehr gut bewertet. Evidenz über die Effektivität ist vorhanden und sie werden laufend neuen Erkenntnissen angepasst.

Die für das Jahr 2020 geplanten 20 Halbtagestrainings der Anästhesie, Geburtshilfe und erstmalig des INZ fielen der ausserordentlichen Lage aufgrund der SARS-CoV-2 Pandemie zum Opfer.

Vorbereitend auf ein erfolgreiches Jahr 2021 konnten jedoch drei Simulationsinstructoren der Geburtshilfe ausgebildet, sowie die Anerkennung der Trainings als Kernfortbildung für Ärzte durch die SIWF sowie für Expertinnen/Experten NDS HF Anästhesiepflege und Hebammen durch das E-Log System erreicht werden.

Für das Jahr 2021 sind erneut interdisziplinäre simulationsbasierte Team-Trainings der Anästhesie gemeinsam mit der Geburtshilfe und zusätzlich auch mit dem AOZ (Ambulantes Operationszentrum) geplant. Die Notwendigkeit bester Zusammenarbeit mit der Geburtshilfe zeigt sich während regelmässig vorkommender akuter und dynamischer Situationen, wie auch der positive Effekt der ersten gemeinsamen Trainings im Jahr 2019. Wir freuen uns, dass die Kooperation von Anästhesie und Geburtshilfe sich auch auf diesem Wege weiter ausbaut und Früchte trägt. Auch im AOZ erleben wir zunehmend, insbesondere aufgrund der Zunahme von Fallzahlen und Krankheitsgrad der behandelten Patientinnen/Patienten, Notfälle, welche bewältigt werden müssen. Die Besonderheit der Abgeschlossenheit des AOZ vom Haupt-OP hat zwar klare Vorteile, doch auch Konsequenzen für die Patientensicherheit – kritische Situationen und Notfälle müssen in den ersten Minuten mit dem knappen Personal vor Ort, d.h. Anästhesie-, Aufwachraum- und OP-Personal, interdisziplinär gemeistert werden, bis Hilfe aus dem Haupthaus eintrifft. Aus diesem Grund sind interdisziplinäre Trainings von Akutsituationen vor Ort unabdingbar.

Auch im kommenden Jahr ist das Departement Anästhesie weiterhin bestrebt, für alle relevanten Akutdisziplinen (vor allem Notfallmedizin im Rahmen der Schockraumversorgung, Angiographie und Kardiologie im Rahmen der Notfallversorgung von instabilen Patientinnen/Patienten in der interventionellen Radiologie) die Kooperation zu suchen und gemeinsame Trainings zu etablieren, um Qualität und Patientensicherheit insbesondere an diesen Schnittstellen zu erhöhen.

## 18.1.2 Speaking-Up - erwünschter Ungehorsam

**Projektart:**

Qualitätsentwicklungsprojekt Patienten- und Mitarbeitersicherheit

**Projektziel:**

Implementation und Festigung einer Unternehmenskultur, in der das Benennen von Fehlern und Gefahren nicht nur erlaubt, sondern erwünscht ist, um Patientensicherheit zu erhöhen und den schädigenden Einfluss von Autoritätsgradienten zu reduzieren.

**Projekttablauf / Methodik:**

Eine Erkenntnis der Sicherheitsforschung in «high reliability organisations» (HROs) wie der Aviatik und der Medizin ist die Tatsache, dass Fehler häufiger beobachtet als benannt werden – aufgrund von empfundener Hierarchie, Zweifel am Nutzen oder Konfliktvermeidung wird in über 70% der Fälle geschwiegen.

Speaking-Up, das «Benennen von Fehlern oder Gefahren» ist jedoch eine essenzielle Fähigkeit, welche Fehler, Zwischenfälle und Patientenschaden abwenden kann, sowie die Leistung von medizinischen Teams erhöht.

Um Speaking-Up zu stärken, bedarf es eines umfassenden Ansatzes. Es muss auf Mitarbeiterebene unterrichtet und geübt werden, doch muss es vor allem auf Organisationsebene gewünscht, unterstützt und eingefordert werden.

Das Projekt «Speaking-Up – gewünschter Ungehorsam» des Departments Anästhesie widmet sich der Implementation und Stärkung dieser essenziellen Fähigkeit, welche Patientensicherheit sowie die Leistung von medizinischen Teams erhöht, sowie der Verbesserung der Unternehmenskultur für Patientensicherheit dient.

In einer ersten Intervention wurde im Herbst 2019 Speaking-Up unterrichtet: ein E-Learning Modul wurde im easylearn-System erstellt und aufgeschaltet, an dem alle Mitarbeitenden des Departements Anästhesie zur Teilnahme aufgefordert wurden. Mittlerweile ist das E-Learning für das gesamte KSB erhältlich. Im Dezember 2019 konnte ein Teil unserer Mitarbeitenden im Rahmen der Simulationstrainings Speaking-Up konkret anwenden und üben.

Informer-Einträge, Vorträge, sowie ein Interview mit dem Chefarzt Anästhesie, Professor Michael Heesen, in der Mitarbeiterzeitschrift Reflexe haben während der Projektzeit hierauf hingewiesen, um auch das Bewusstsein KSB-weit zu erhöhen.

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet: an verschiedenen Zeitpunkten in der Implementationsphase wurden Mitarbeiterbefragungen durchgeführt; nach Projektabschluss wird eine weitere Mitarbeitererhebung stattfinden, welche Speaking-Up im Departement Anästhesie betrachtet.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Aktiv: Departement Anästhesie gemeinsam mit Departement Pflege, Passiv: KSB gesamt (E-Learning Modul)

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Die Resonanz auf die verschiedenen Möglichkeiten, Speaking-Up zu erlernen und zu üben, ist positiv, erste Ergebnisse aus den Fragebögen sind vielversprechend. Rückmeldungen einzelner Kollegen zeigen, dass häufig Situationen erlebt werden, in denen ein Fehler oder eine Gefahr benannt werden müssen, dass bisher Speaking-Up nicht immer geschah, aber auch, dass Speaking-Up seit Implementation des Projekts mehr durchgeführt wird.

Das Jahr 2020 war von Dynamik, Unsicherheit und Herausforderungen an Kommunikation geprägt;

gerade in diesen Situationen bewährt sich eine klare Meinungsäußerung bei Bedenken oder drohenden Gefahren, doch gerade in der gefühlten Dringlichkeit solcher Situationen ist Speaking-Up besonders gefährdet. Trotz des Mehraufwands für das Personal haben wir diesem einfachen Zusammenhang im vergangenen Jahr Rechnung getragen, indem die ausgesprochene Erinnerung an Speaking-Up bei jeder Narkoseeinleitung institutionalisiert wurde, das E-Learning «Speaking-Up» erneut von allen Mitarbeitenden absolviert wurde. Zudem konnte am Department Anästhesie eine Simulationsstudie zu Fehlerentstehung und Speaking-Up durchgeführt werden, sowie eine Befragung unserer Mitarbeitenden mittels des Speaking-Up-Fragebogens der Stiftung Patientensicherheit Schweiz durchgeführt werden, welche einen Vergleich der Sicherheitskultur in unserem Departement mit dem schweizerischen Durchschnitt erlaubt. Ergebnisse werden gerade ausgewertet und für das Jahr 2021 erwartet.

### 18.1.3 PDMS - Patientendaten Management System

**Projektart:**

Qualitätsentwicklungsprojekt

**Projektziel:**

In den Fachbereichen werden Kurven ausschliesslich in Papierform aufgezeichnet, ausgewertet und abgelegt. Das PDMS soll die Dokumentation auf Papier in den spezialisierten Fachbereichen Intensiv- und Notfallmedizin, Anästhesie sowie Überwachungsstationen ablösen.

**1. Verbesserung der Patientenversorgung:**

- Ermöglichen der kontinuierlichen Dokumentation der Vitalparameter von schwerst erkrankten Patientinnen und Patienten
- Steigerung der verfügbaren Zeit für den Patientinnen und Patienten durch geringeren Dokumentationsaufwand
- Erhöhte Patientensicherheit und Nachvollziehbarkeit durch verbesserte Datenqualität

**2. Steigerung der Prozessqualität:**

- Zeitgemässe Unterstützung der klinischen Arbeitsabläufe
- Optimierte interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Einfacherer Informationsaustausch

**3. Erhöhung der Wirtschaftlichkeit:**

- Entlastung des Personals durch geringeren Dokumentationsaufwand

**Involvierte Berufsgruppen:**

- Pflegefachpersonen und Ärzte aus den Bereichen Interdisziplinäre Intensivstation (IDIS), Intermediate Care (IMC), Interdisziplinäres Notfallzentrum (INZ) und Anästhesie
- Technischer Dienst
- Informatik
- Medizin-Technik
- Spitalapotheke
- Medizinisches Controlling / Codierung
- Unternehmensentwicklung
- IT Beratungsunternehmen AWK Group AG

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

2019 wurden die Initialisierungs- und die Konzeptphase durchlaufen. Im Rahmen von diversen Workshops mit den Fachanwendern wurde die Konfiguration des Systems spezifiziert, notwendige Schnittstellen zu Umssystemen definiert, die Serverlandschaft aufgebaut und bereits Keyuser- / Administratorenschulungen durchgeführt.

Im Dezember 2020 wurde das PDMS auf der Intensivstation eingeführt. Die Einführungsphase auf der Intensivstation ist abgeschlossen. Für die weiteren Stationen IMC, Anästhesie/OP und INZ wurde ein Zeitplan erstellt sowie Workshops terminiert/durchgeführt.

### 18.1.4 Delirprävention - Delirsensibles Spital

**Projektart:**

Qualitätsentwicklungsprojekt

**Projektziel:**

Durch gezielte Präventionsmassnahmen die Delirrate deutlich mit dem Label «Delir-sensibles Spital» senken

**Projektlauf / Methodik:**

Die Evaluierung der Delirfaktoren vom Notfall (INZ) bis zur Hospitalisation auf der Pflegestation inkl. Interdisziplinäre Intensivstation (IDIS), Intermediate Care (IMC) und während der perioperativen Phase. Die Identifikation der Risikopatienten erfolgt direkt nach dem Eintritt oder im Rahmen der Interdisziplinären Präoperativen Abklärungssprechstunde (IPAS). Der Patientenpfad, inkl. Betreuung durch die freiwillige Mitarbeitende des IDEM (Im Dienste eines Mitmenschen), wird für delirgefährdete Patientinnen und Patienten abgebildet. Die freiwillige Mitarbeitende des IDEM werden speziell geschult und den Patientinnen und Patienten zugeteilt. In Zusammenarbeit mit der Spitalapotheke werden die medikamentösen Therapien beurteilt, die zu einem Delir führen können. Zudem wird ein "anticholinergic burden score" im KISIM implementiert.

Das Ziel ist es, die gefährdeten Patientinnen/Patienten kontinuierlich zu betreuen, zu begleiten und Störfaktoren auf ein Minimum zu begrenzen. Dieses Modell ist aktuell in Nordamerika sowie in 2 Spitälern in Deutschland etabliert.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ärzte und Dipl. Pflegefachpersonen verschiedener Fachbereiche, Spitalapotheke, freiwillige Mitarbeitende des IDEM, Therapeuten, Pflegeexpertinnen.

**Projektergebnisse / Konsequenzen:**

Die Pilotphase mit Teil I der Schulung des Personals der medizinischen Pflegestationen startete im Herbst 2020. Zwei Wochen nach Beginn der Pilotphase wurde der Pilot aufgrund der SARS-CoV-2 Pandemie pausiert. Die Refresher der Schulung sind für den März 2021 vorgesehen. Ab April 2021 erfolgt der Start auf der medizinischen Abteilung mit dem Projekt-“Pfad ROT” (mit Delir diagnostizierte Patientinnen und Patienten). Ab Juni 2021 werden weitere Fachbereiche eingeschlossen. Nach der Evaluation des “Pfad ROT” werden die weiteren Schritte, sowie deren Ausweitung definiert.

### 18.1.5 Kunsttherapie auf der Palliativstation

**Projektart:**

Qualitätsentwicklungsprojekt

**Projektziel:**

Die Kunsttherapie ist in den letzten Jahrzehnten in vielen medizinischen Behandlungsfeldern zu einem wesentlichen Bestandteil integrativer Behandlungsansätze geworden. Palliativmedizinische Versorgung zeichnet sich heute durch ein multiprofessionelles Konzept aus, das sich, neben medizinischen Problemstellungen, dem ganzen Menschen mit seinen vielfältigen psychosozialen Bedürfnissen und Problemstellungen widmet.

Die Kunsttherapie auf der Palliativstation ist eine Therapieform, die kreatives Schaffen in die therapeutische Arbeit einbezieht. Sie kann einen Zugang zu Emotionen und Gedanken durch Materialien und Medien der bildenden Kunst schaffen. Farb- und Formqualitäten werden mit eigenem Erleben, Erinnerungen und persönlichen Lebensmotiven verbunden und veranschaulicht. Sowohl die Gestaltungsprozesse selbst als auch die entstandenen Werke dienen innerhalb des therapeutischen Geschehens als «Anschauungs- und Proberaum», in welchen Handlungen und Denkweisen betrachtet, weiterentwickelt und einer sinnvollen Wandlung unterzogen werden.

**Projektablauf / Methodik:**

Im kunsttherapeutischen Prozess können kreative Ressourcen neu entdeckt, Selbstheilungskräfte mobilisiert sowie vielfältige Veränderungsprozesse angeregt werden. Kunsttherapeutische Verfahren haben sich in diesem Feld auf vielfältige Weise bewährt, in dem sie Patientinnen und Patienten eine aktive und kreative Rolle in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung ermöglichen und damit dem Helfersystem sowie den Angehörigen neue Perspektiven im Umgang mit der Endlichkeit menschlicher Existenz eröffnen.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Kunsttherapeutin, Pflegeexpertin, Stationsleitung und Pflegefachpersonen des Palliativ-Teams

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Mitte 2019 Gründung einer Arbeitsgruppe Projekt Kunsttherapie. Es folgten die Rekrutierung einer Kunsttherapeutin und die Budgetierung der notwendigen finanziellen Mittel für die Pilotphase. Der Start der Kunsttherapie wurde auf Januar 2020 festgelegt. Die Kunsttherapeutin besuchte im Jahr 2020 114 Patientinnen und Patienten und 109 von ihnen erhielten eine Kunstkarte mit darin enthaltenem Gespräch. Ein Leporello für die Patientinnen und Patienten der Palliativstation wurde erstellt. Das Pilot-Projekt wurde Ende 2020 abgeschlossen. Nun folgt die Stellenanforderung eines/ einer Kunsttherapeuten/Kunsttherapeutin über die Geschäftsleitung.

### 18.1.6 Validation VA-CH auf den medizinischen Pflegestationen

**Projektart:**

Qualitätsentwicklungsprojekt

**Projektziel:**

Die pflegerische Betreuung von Menschen mit einer Demenz im Akutspital gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben in der Pflege. Validation VA-CH® erfasst die Bedürfnisse und Gewohnheiten von Menschen mit einer Demenz. Diese sollen mit einer wertschätzenden Haltung erkannt, erhalten und gefördert werden. Im Mittelpunkt steht die Person und nicht die Erkrankung.

Das Ziel ist es, die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Menschen mit einer Demenz zu verbessern und den Pflegefachpersonen Sicherheit im Umgang zu vermitteln. Die Pflegefachpersonen entwickeln präventive Handlungs- und Kommunikationsfähigkeiten, um Krisen zu vermeiden.

**Projekttablauf / Methodik:**

In einem ersten Schritt wurden Thementrägerinnen und Thementräger auf allen medizinischen Pflegestationen mit einem dreitägigen Basiskurs I & II VA-CH® ausgebildet. Zusätzlich unterstützt eine Dipl. Pflegefachperson mit Schwerpunkt Validation die Teams einmal wöchentlich im Umgang mit Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen, bei Menschen mit einer Demenz, in der Prävention und bei Unsicherheiten im Umgang mit der Datenerhebung oder beim Validieren.

Mehrmals im Jahr trifft sich die Validationsgruppe zu internen Weiterbildungen und zum Austausch in der Gruppe zur Weiterentwicklung. Dieses Jahr wurde erfolgreich ein Validationsprotokoll zur Datenerhebung erstellt, welches im KISIM (elektronische Patientenakte) unter Berichte für alle involvierten Berufsgruppen ersichtlich ist. Im Jahr 2020 haben die Thementrägerinnen mit Unterstützung der Pflegeexpertinnen die verschiedenen Teams der medizinischen Pflegestationen regelmässig zu Validation unterrichtet.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Dipl. Pflegefachpersonen und Pflegeexpertinnen Medizin und Akutgeriatrie

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Das Wissen und die Zufriedenheit der Pflegefachpersonen auf den medizinischen Pflegestationen im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit einer Demenz hat sich laut Rückmeldungen verbessert.

Die Handlungs- und Kommunikationsfähigkeiten müssen durch viel Übung in der Praxis weiterentwickelt und gefestigt werden. Wir streben eine Weiterentwicklung in diesem Bereich an, mit dem Ziel, möglichst viele Mitarbeitende zu einem kompetenten Umgang mit Patientinnen und Patienten mit einer Demenz zu befähigen. Ziel ist es, die Validation präventiv einzusetzen, um Menschen mit einer Demenz frühzeitig zu erfassen, damit sie nicht erst wahrgenommen werden, wenn auffällige Verhaltensweisen auftreten. Schulungen werden deshalb auch im Jahr 2021 regelmässig durchgeführt, um die Anwendung der Validation in der Pflegepraxis zu verbessern und zu etablieren.

### 18.1.7 Pflegeprozess

**Projektart:**

Qualitätsentwicklungsprojekt

**Projektziel:**

Die Durchführung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses wird auf den Pflegestationen verbessert.

Alle Pflegefachpersonen kennen den Pflegeprozess und wenden diesen korrekt und zuverlässig an. Den Pflegefachpersonen ist die Wichtigkeit des Pflegeprozesses bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten bewusst.

**Projekttablauf / Methodik:**

Die Teams der Pflegestationen wurden von den Pflegeexpertinnen mit verschiedenen Ansätzen zum Pflegeprozess geschult. Die verschiedenen Möglichkeiten einer korrekten Dokumentation des Pflegeprozesses im Patientendokumentationssystem wurden aufgezeigt. Darauf aufbauend wurde anhand von konkreten Fallbeispielen am Computer geschult, wie ein patientenorientierter Pflegeprozess gestaltet und korrekt dokumentiert wird. Zusätzlich wurden durch die Pflegeexpertinnen anhand konkreter Patientensituationen Eins-zu-Eins-Schulungen auf den Pflegestationen durchgeführt. Ergänzt wurden die Schulungen durch Fallbesprechungen, bei denen im Team der Pflegeprozess von ausgewählten Patientinnen/Patienten beurteilt und optimiert wurde. Neu wurden ThementrägerInnen auf den verschiedenen Pflegestationen definiert, die den Teams helfen, den Pflegeprozess aktiv umzusetzen und neue Mitarbeitende in der Einführungszeit beim Pflegeprozess unterstützen.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Dipl. Pflegefachpersonen, Stationsleitungen, Pflegeexpertinnen

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Durch die verschiedenen Schulungen soll das Pflegefachpersonal auf den Pflegestationen zum Thema Pflegeprozess sensibilisiert werden. Der Pflegeprozess soll korrekt und konsequent durchgeführt werden. Damit wird eine Steigerung der Qualität bei der Betreuung der PatientInnen erreicht. Im 2021 ist eine Themenwoche Pflegeprozess auf den medizinischen Pflegestationen geplant.

### 18.1.8 Medikationsprozess auf den Pflegestationen

**Projektart:**

Qualitätsentwicklungsprojekt

**Projektziel:**

Die definierten Prozesse des Medikationsprozesses zu evaluieren, Anliegen und Verbesserungsvorschläge der involvierten Berufsgruppen aufzunehmen und deren Umsetzung zu prüfen. Damit soll für die Optimierung der Medikationssicherheit ein wesentlicher Beitrag geleistet werden.

**Projekttablauf / Methodik:**

In einem ersten Schritt wurden anhand definierter Kriterien, welche sich am KSB-Konzept „Sichere Medikation“ orientieren, die Medikationsprozesse auf den Pflegestationen begleitet. Im Anschluss wurden die anwesenden Pflegefachpersonen und die Pharmaassistentinnen / Medizinische Praxisassistentinnen (MPA) zur subjektiven Einschätzung der Medikationssicherheit auf der Station, zum 4-Augen Prinzip, zu Fehlerquellen im Medikationsprozess und zu Verbesserungsvorschlägen befragt.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Dipl. Pflegefachpersonen, Fachpersonen Gesundheit (FaGe), MPA und Pharmaassistentinnen auf den Pflegestationen

**Projektergebnisse / Konsequenzen:**

Die Resultate der Beobachtungen und die Verbesserungsvorschläge der befragten Personen auf den Pflegestationen zeigten, dass der schon gut funktionierende Verabreichungsprozess von Hochrisiko-Medikamenten durch eine Vereinheitlichung der Abläufe noch optimiert werden kann.

Anhand der Empfehlung der Patientensicherheit Schweiz zu den pflegerischen und pharmazeutischen Arbeitsprozessen (Richten und Verabreichen) von Hochrisiko-Medikation für die Spitäler, werden nun Basis-Set-Checklisten für die Doppelkontrolle von definierten Hochrisiko-Medikamenten erarbeitet. Die Thematik der Doppelkontrolle wird dabei kritisch beleuchtet; das heisst, es wird auf einen sinnvollen und zielführenden Einsatz der Doppelkontrolle Wert gelegt.

Ein Pilotprojekt zur Doppelkontrolle von Insulin konnte aufgrund der SARS-CoV-2 Pandemie nicht im 2020 durchgeführt werden. Das Pilotprojekt wird im 2021 geplant.

### 18.1.9 Elektronischer Medikamentenschrank

**Projektart:**

Rollout der intelligenten, elektronisch gesteuerten Medikamentenschränke auf den Pflegestationen

**Projektziel:**

Durch die Kopplung des Medikamentenschanks mit dem Verordnungs- und Materialbewirtschaftungssystem kann der ganze Medikationsprozess sicherer, effizienter und kostengünstiger organisiert werden. Die Stationsapotheken sind bestandesgeführt und gelenkte Sicherheitsvorkehrungen führen dazu, dass das richtige Medikament aus dem Schrank entnommen wird. Medikamentenbestellungen ausserhalb des Sortimentes werden einfacher und speditiver und auch ökologischer (papierlos) ausgeliefert. Die Betäubungsmittelkontrolle kann ebenfalls an den Schrank delegiert werden und jederzeit ist einsehbar, wann ein Bezug erfolgt ist.

**Projektlauf / Methodik:**

Die erste Pilotstation wurde im Oktober 2017 in Betrieb genommen. Nach anfänglichen technischen und prozessbedingten Schwierigkeiten läuft der Betrieb reibungslos. Bestellungen von Nichtsortiment-Präparaten werden über den Schrank getätigt, dies wird vor allem von den Pflegefachpersonen sehr geschätzt. Im Mai 2019 wurde die zweite Pilotstation auf der Pflegestation Urologie umgerüstet und mittlerweile hat die Geschäftsleitung entschieden, dass bis Ende 2021 alle 13 Pflegestationen mit dem elektronischen Medikamentenschrank bestückt werden.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Spitalapotheke, Pflegefachpersonen, Ärzte, Unternehmensentwicklung, Controlling

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Ende 2020 sind bereits sechs Stationsapotheken mit dem elektronischen Medikamentenschrank ausgerüstet. Das Projekt läuft planmässig, die Prozesse werden laufend optimiert. Die Spitalapotheke kümmert sich um fehlende Medikamente und bespricht mit der Ärzteschaft die Notwendigkeit der Bestellung von Nicht-Sortiments-Artikeln. Dank der elektronischen Lenkung gestaltet sich das Richten der Medikamente effizienter und sicherer. Die Pflegefachpersonen haben vermehrt Zeit für ihre Kernaufgaben. Davon profitieren letztlich auch unsere Patientinnen und Patienten. Das KSB ist für die Zukunft im neuen Spital gerüstet.

### 18.1.10 Schmerzbehandlung

**Projektart:**

Qualitätsentwicklungsprojekt

**Projektziel:**

Das Ziel der Themenwoche war, mit den Pflegefachpersonen der medizinischen Pflegestationen die Grundlagen zu Schmerz und Schmerzmanagement zu erarbeiten. Dabei wurde auf bereits vorhandenem Wissen zum Thema aufgebaut.

**Projekttablauf / Methodik:**

Im Rahmen einer Themenwoche wurden auf den medizinischen Pflegestationen Grundlagen zum Thema Schmerz und mögliche Behandlungsansätze vermittelt. Es gab Kurzfortbildungen zu den Themen Schmerzarten, Assessmentinstrumente und WHO-Stufenschema. Anhand eines Fallbeispiels wurden in den Teams Massnahmen zur Verbesserung der beschriebenen Schmerzsituation erarbeitet. Zusätzlich wurden die Besonderheiten der Schmerztherapie bei geriatrischen Patientinnen und Patienten geschult.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Pflegefachpersonen, Pflegeexpertinnen

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Mit der Durchführung der Themenwoche konnten die Pflegefachpersonen ihr Wissen zum Thema Schmerz und Schmerzbehandlung auffrischen und erweitern. Im 2021 ist eine weitere Themenwoche Schmerz geplant, während der vertieft auf weitere Themen rund um Schmerz eingegangen wird. Dazu wird der interne Schmerzdienst involviert.

### 18.1.11 Aktivierungsbox

**Projektart:**

Qualitätsentwicklungsprojekt

**Projektziel:**

Ziel des Projekts ist, Patientinnen und Patienten mit einer Auswahl an Unterhaltungsmöglichkeiten im Spitalalltag eine sinnvolle Beschäftigung anzubieten. Gleichzeitig soll eine mentale Aktivierung stattfinden.

**Projekttablauf / Methodik:**

Für jede medizinische Pflegestation wurde eine Aktivierungsbox hergerichtet, die verschiedene Produkte wie z. Bsp. Jasskarten, Bücher und Bastelmaterial wie Mandalas zur Beschäftigung enthalten. Zudem gibt es eine Musikbox mit einer Auswahl an verschiedenen Stilrichtungen, die therapeutisch bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden kann. Die Pflegefachpersonen und die IDEM (freiwillige Helferinnen und Helfer) können, wenn dies von den Patientinnen und Patienten gewünscht ist, mit Hilfe einer Aktivierungsbox eine Beschäftigung anbieten. Die Patientinnen und Patienten können sich entweder selber beschäftigen oder werden bei einer Tätigkeit unterstützt. Die Aktivierungsboxen werden ausserdem gezielt bei Patientinnen und Patienten verwendet, die sich selber nicht genügend beschäftigen können.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Pflegefachpersonen und die freiwillige Mitarbeitende des IDEM der medizinischen Pflegestationen

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Mit der Einführung der Aktivierungsboxen können Patientinnen und Patienten während ihres Spitalaufenthalts durch sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten mental aktiviert werden. Die Aktivierungsboxen werden von vielen Patientinnen und Patienten mit Freude genutzt. Bei Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen kann mit den Aktivierungsboxen häufig ein Zugang zur aktuellen Lebenswelt hergestellt werden.

### 18.1.12 Mystery Patient

**Projektart:**

Weiterbildung, Fortbildung

**Projektziel:**

Sensibilisierung der Mitarbeiter für positive und negative Suggestion von Prämedikation bis Aufwachraum

**Projekttablauf / Methodik:**

Interview und Diskussion von Patientinnen und Patienten mit Kaderärzten im Rahmen der Donnerstagsweiterbildungen des Departements Anästhesie. Es wird darauf hingewiesen, dass der Projektstart erst erfolgen kann, wenn das COVID-19-bedingte Veranstaltungsverbot aufgehoben ist. Die persönliche Anwesenheit von Patientinnen und Patienten und OP-Team ist in diesem Setting unerlässlich.

**Involvierte Berufsgruppen:**

OP-Team (Anästhesieärzte, Expertinnen/Experten NDS HF Anästhesiepflege, Fachfrauen/ Fachmänner Operationstechnik (OTA))

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Patientenzufriedenheit im Rahmen der Prämedikation und im gesamten Narkoseablauf erhöhen

### 18.1.13 Automatisierte Dokumentation

**Projektart:**

Qualitätsentwicklungsprojekt

**Projektziel:**

Ziel des Projektes ist eine effizientere medizinische Dokumentation bei gleichzeitig verbesserter Qualität. Besseres Teaching, durch eine standardisierte und automatisierte Anamneseerhebung.

**Projektablauf / Methodik:**

Eine wichtige Erkenntnis ist die Tatsache, dass die administrativen Aufgaben im ärztlichen Alltag einen immer höheren Anteil, derzeit etwa 30%, einnehmen. Dies ist ein zeitlicher Aufwand, der zwar notwendig ist, jedoch die Zeit, die für den direkten Patientenkontakt zur Verfügung steht, immer weiter reduziert. Mit diesem Projekt soll eine IT-basierte Unterstützung der Mediziner implementiert werden, um eine standardisierte Anamneseerhebung zu gewährleisten und zudem den administrativen Aufwand durch Dokumentation und Berichtschreibung zu reduzieren, da die Software einen Teil der Dokumentation und die Berichtschreibung übernimmt. Das Projekt ist zunächst als Pilot in der Klinik für Gynäkologie im Endometriosezentrum geplant, um Erfahrungen sammeln zu können und um zu prüfen, ob das Ganze den gewünschten Effekt auch erfüllt. Die Initiierung des Projektes hat im November 2020 stattgefunden, der Start des Pilotbetriebes ist für März / April 2021 geplant.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ärzte und MPAs des Endometriosezentrums, Departementsmanagement, Informatik, Unternehmensentwicklung

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Die Software soll in der Pilotphase für ein halbes Jahr getestet und bewertet werden. Die Bewertung zielt vor allem darauf ab, ob die gewünschten Ziele der Effizienzsteigerung bei gleichzeitiger Qualitätsverbesserung erfüllt werden. Zudem soll geprüft werden ob die Software in die zukünftige Digitalisierungsstrategie des KSB passt.

### 18.1.14 Hey Patient App

**Projektart:**

Qualitätsentwicklungsprojekt

**Projektziel:**

Ziel des Projektes ist es, die derzeit bestehenden Medienbrüche in der Patientenkommunikation zu beheben. Ein erster Schritt soll mit der Hey Patient App gemacht werden, welche eine selbständige elektronische Anmeldung des Patienten im KSB inkl. Terminbestätigung erlaubt.

**Projekttablauf / Methodik:**

Die bereits erwähnten Medienbrüche in der Patientenkommunikation führen zu verzögerten Prozessen bei der Patientenmeldung und teilweise doppelten Wegen. Dieser Umstand wiederum führt zu einem negativen Patientenerlebnis in Bezug auf die administrativen Abläufe des KSB. Dieses Projekt ermöglicht den Patientinnen und Patienten, sich selbständig elektronisch via App am KSB anzumelden. Ausserdem besteht die Möglichkeit, via App einen Sprechstundentermin abzumachen. Die App dient auch dem Informationsaustausch zwischen Spital und Patientin/Patient, so können z.B. Patientinnen und Patienten wichtige Informationen sofort elektronisch zur Verfügung gestellt werden. Die Initialisierungs- und Vorbereitungsarbeiten für das Projekt haben bereits im Januar 2020 begonnen. Ein erster Test mit ausgewählten Patientinnen und Patienten hat im Februar 2021 stattgefunden, bevor der vollständige Test mit allen Patientinnen und Patienten des Pilotbereiches im März 2021 starten soll.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ärzte und MPAs der Geburtshilfe, Hebammen, Departementsmanagement, Informatik, Unternehmensentwicklung

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Die Pilotphase soll vor allem dazu genutzt werden, die App ausführlich zu testen und bei Bedarf Anpassungen vorzunehmen. Im Anschluss an die Pilotphase ist der Rollout auf das gesamte KSB geplant, da das KSB überzeugt ist, dass diese App die Patientenkommunikation erheblich erleichtert und vereinheitlicht und zudem einen positiven Einfluss auf das Patientenerlebnis haben wird.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

### 18.2.1 Safety Room

**Projektart:**

Qualitätsentwicklungsprojekt

**Projektziel:**

Das Pflegefachpersonal wird mit Hilfe eines Simulationstrainings für mögliche Fehler bei der täglichen Pflege von Patientinnen und Patienten sensibilisiert. Auf spielerische Art wird Wissen vermittelt.

**Projekttablauf / Methodik:**

Während einer Woche wurde für die Pflege ein Simulationstraining durchgeführt. Dafür wurde in einem Zimmer eine Patientensituation eingerichtet, in die bewusst Fehler eingebaut wurden. In Zweier-Teams hatten Pflegefachpersonen die Möglichkeit, innerhalb von 15 Minuten die eingebauten Fehler zu suchen und zu dokumentieren.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Dipl. Pflegefachpersonen und Fachpersonen Gesundheit der Pflegestationen und Fachbereiche.

**Projektelevaluation / Konsequenzen:**

Mit der Evaluation konnte festgestellt werden, welche eingebauten Fehler von den Pflegefachpersonen selten entdeckt wurden. Daraus konnte der zukünftige Schulungsbedarf abgeleitet werden.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Geltungsbereichserweiterung

**Weiterführung der Implementierung des bereits bestehenden QM-Systems DIN EN ISO 9001:2015**

Das bereits bestehende QM-System wird bis zum Bezug unseres Neubaus auf alle patientennahen Bereiche ausgeweitet.

Die Implementierung wird durch das Qualitätsmanagement gesteuert und durch die Unternehmensentwicklung unterstützt. Im Rahmen der Implementierung des QM-Systems werden die vorhandenen Prozesse interdisziplinär und interprofessionell analysiert und gemeinsam Massnahmen für Verbesserungen initiiert.

Durch diese Verbesserungen sollen unsere Patientinnen und Patienten profitieren. Sie sollen ihren Aufenthalt vom ersten Tag an so angenehm wie möglich machen.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Das KVG gibt den Auftrag, dass die Spitäler Qualität zielgerichtet und systematisch zu sichern und zu fordern haben. Daran richtet sich die Qualitätsarbeit des KSB täglich aus, um den Bedürfnissen der Kunden nach Qualität und Sicherheit und auch den gesetzlichen Vorgaben zu entsprechen.

Qualitätsförderung im Spital geschieht nicht durch externen Druck, sondern durch den persönlichen Ehrgeiz aller Mitarbeitenden, das Beste für ihre Kunden zu geben. Alle Anstrengungen um Qualität und Sicherheit in der Medizin sind integraler Bestandteil ärztlichen und pflegerischen Handelns im KSB. Das KSB ist in erster Linie seinen Patientinnen und Patienten verpflichtet. Es gewährleistet gleichbleibend hohe Versorgungsqualität, immer angepasst an die rasant fortschreitende medizinische und technische Entwicklung.

Das Bemühen um finanzielle Effizienz und Disziplin sichert die dazu notwendige betriebswirtschaftliche Basis. Damit die Qualitätsentwicklung nachhaltig von allen Mitarbeitenden getragen und gelebt werden kann, hat das Spital die notwendigen personellen und organisatorischen Ressourcen und Strukturen nach folgenden Gesichtspunkten ausgerichtet:

- Die oberste Führungsebene des KSB ist in die Verantwortung eingebunden.
- Die Qualitätsentwicklung fokussiert sich auf überschaubare Projekte, welche ein klares Kosten- / Nutzenverhältnis haben, und deren Resultate für alle ersichtlich sind.
- Die Qualitätsentwicklung muss kommunizierbar und fassbar sein.

Wir werden auch in den kommenden Jahren intensiv an unserer Qualität arbeiten und freuen uns darauf, Sie im nächsten Jahr über die Qualitätsentwicklungen in unserem Spital zu informieren.

Baden, Mai 2021

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Zerebrovaskuläre Störungen
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
<b>Gefässe</b>
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)

Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
<b>Herz</b>
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie

Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

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