

Kantonsspital Aarau



# Qualitätsbericht 2015

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

24.5.2016  
Robert Rhiner, CEO

Version



Kantonsspital Aarau AG

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



Akutsomatik

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2015.

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 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.

## 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 2015

Frau  
Daniela Vetterli  
Leiterin Qualitätsmanagement  
+41 62 838 48 81  
[daniela.vetterli@ksa.ch](mailto:daniela.vetterli@ksa.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2015 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Ende März 2015 startete das nationale Vertiefungsprojekt progress! Sichere Medikation an Schnittstellen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Das Projekt fokussiert auf den systematischen Medikationsabgleich bei Spitalertritt. Im Sommer konnte die Stiftung das erste Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie erfolgreich abschliessen. Ziel war, dass die Spitäler und Kliniken die chirurgische Checkliste bei jeder Operation korrekt anwenden, um Schäden an Patienten zu vermeiden. Im September führte Patientensicherheit Schweiz erstmals eine Aktionswoche unter dem Motto: «Mit Patientinnen und Patienten im Dialog» durch. Zahlreiche Spitäler und Kliniken beteiligten sich ebenfalls.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methode / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor 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 .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	12
4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	13
4.3.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	19
4.4 Registerübersicht .....	20
4.5 Zertifizierungsübersicht .....	22
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>24</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>25</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>25</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	25
5.2 Eigene Befragung .....	26
5.2.1 Interne Erhebung zur Patientenzufriedenheit durch Telefoninterviews .....	26
5.3 Beschwerdemanagement .....	27
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>28</b>
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik .....	28
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>30</b>
7.1 Eigene Befragung .....	30
7.1.1 Zufriedenheit der Mitarbeiter .....	30
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>31</b>
8.1 Eigene Befragung .....	31
8.1.1 Zuweiserbefragung .....	31
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>32</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>32</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	32
<b>10 Operationen</b> .....	<b>34</b>
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen .....	34
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>36</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	36
<b>12 Stürze</b> .....	<b>39</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	39
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>41</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	41
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>44</b>
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen .....	44
14.1.1 Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen .....	44
<b>15 Projekte im Detail</b> .....	<b>45</b>
15.1 Aktuelle Qualitätsprojekte .....	45
15.1.1 CIRS-Konzept .....	45
15.1.2 Schmerz-Konzept .....	45

15.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015 .....	46
15.2.1	Austrittsmanagement Wochenbett .....	46
15.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	48
15.3.1	Onkologiezentrum Mittelland .....	48
15.3.2	Endoprothetikzentrum KSA-KSB .....	48
<b>16</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>49</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot .....</b>		<b>50</b>
Akutsomatik .....		50
<b>Herausgeber .....</b>		<b>53</b>

## 1 Einleitung

Mit mehr als 30 Behandlungszentren und Diagnoseinstituten ist das Kantonsspital Aarau das Zentrum des aargauischen Gesundheitsnetzwerks.

### **Das KSA in Kürze**

Im Kantonsspital Aarau werden jährlich rund 400'000 Patientenbehandlungen ambulant und stationär durchgeführt. Rund 4200 Mitarbeitende aus über 300 Berufen sorgen für eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung. Unterstützt von einer modernen medizinisch-technischen Infrastruktur.

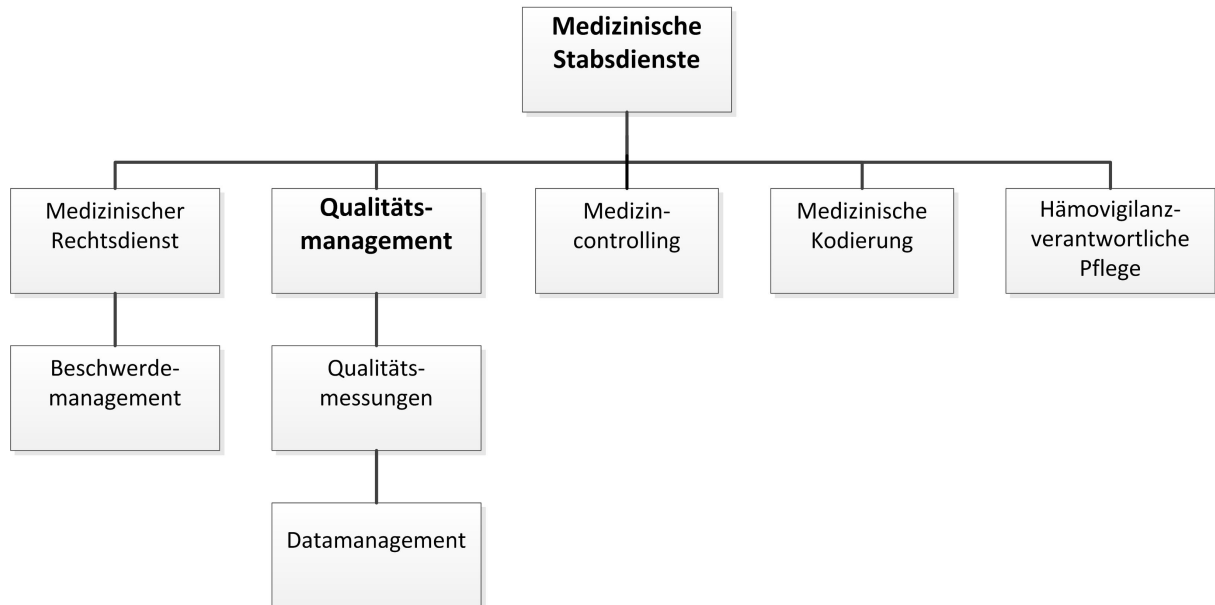
An unsere Arbeit stellen wir hohe Ansprüche:

Wir verpflichten uns zu höchster medizinischer Qualität und richten uns nach wirtschaftlichen und ökologischen Gesichtspunkten aus. Im Kantonsspital Aarau erwartet Sie neben erfahrenen Fachleuten eine moderne Infrastruktur, eine gepflegte Parkanlage und ebensolche Gebäude. Kurz: Alles, was es zum Gesundwerden braucht.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **500** Stellenprozente zur Verfügung.

#### Bemerkungen

Das Qualitätsmanagement koordiniert die Qualitätsentwicklung und nimmt unter anderem folgende Aufgaben wahr:

- Ansprechpartner in allen Fragen des Qualitätsmanagements
- Begleitung von Zertifizierungsprozessen
- Vorauswahl von Verbesserungsprojekten
- Überwachung der Umsetzungen von Qualitätsverbesserungsprojekten
- Berichterstattung über Projektfortschritte und andere Qualitätsaktivitäten
- Organisation, Durchführung und Aufbereitung von Qualitätsmessungen

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Thomas Holler  
 Leiter Medizinische Stabsdienste  
 Kantonsspital Aarau AG  
 062 838 61 18  
[thomas.holler@ksa.ch](mailto:thomas.holler@ksa.ch)

Frau Daniela Vetterli  
 Leiterin Qualitätsmanagement  
 Kantonsspital Aarau AG  
 062 838 48 81  
[daniela.vetterli@ksa.ch](mailto:daniela.vetterli@ksa.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### Ausgangslage und Ziel

Seit der DRG-Einführung nimmt der Stellenwert des Qualitätsmanagements zu. Nicht zuletzt die verschiedenen Qualitätsmessungen zeigen, dass das KSA qualitativ hochwertige Leistungen erbringt. Das wird auch im Rahmen von Qualitätsberichten jährlich dokumentiert. Die Aktivitäten, Anforderungen und Wünsche der einzelnen Kliniken rund um das Thema Qualität wurden in der Qualitätslandkarte zusammengetragen. Die Informationen führten zu einer Abbildung, ähnlich einer Landkarte. Sie ermöglichte sowohl eine Standortbestimmung als auch eine Wegbeschreibung zur künftigen Qualitätsentwicklung.

#### Strategische Ausrichtung

Die langfristige Verhaltensweise des KSA betreffend Qualität, insbesondere für festgelegte und vereinbarte Qualitätsziele und –planung sowie eine konsequente Umsetzung der Qualitätsaktivitäten, konnte vor allem auf Klinik- oder Bereichsebene identifiziert werden. Die strategischen Erfolgsfaktoren des KSA, welche als Kundennähe, Top Systemmedizin, Führungsstärke und Margenstärke festgelegt sind müssen noch besser kommuniziert werden. In der Geschäftsleitung wurden Massnahmen beschlossen, welche in das Leporello „Strategische Handlungsfelder 2015 bis 2020“ aufgenommen wurden. Mit verschiedenen Veranstaltungen wurden die strategischen Ausrichtungen des KSA in Sachen Qualität auf die Klinikebene transferiert und mit verfügbaren Ressourcen angegangen.

Als strategisches Gremium wurde der Qualitätssteuerungsausschuss von der Geschäftsleitung im Mai 2014 eingesetzt. Der Qualitätssteuerungsausschuss ist für alle Fragen der Qualitätssicherung und -förderung zuständig. Die Mitglieder werden von der Geschäftsleitung gewählt und haben folgende Aufgaben:

- Überwachung der externen Qualitätsentwicklung
- Genehmigung von Qualitätsprojekten
- Entscheidungs- und Weisungsbefugnis im Rahmen der Qualitätsprojekte
- Budgetkontrolle
- Definition weiterer Qualitätsstandards
- Strategische Weiterentwicklung von CIRS
- Definition von Verbesserungsmassnahmen aus den Resultaten der Qualitätsmessungen
- Prüfung weiterer Zertifizierungsanträge
- Erarbeitung der jährlichen Qualitätsziele

#### Operative Ausrichtung

Qualität wird als Grad der Übereinstimmung zwischen Anforderungen, Ansprüchen bzw. Erwartungen der Patienten und anderen interessierten Parteien an eine Dienstleistung und deren Ausführung angesehen. Als operatives Organ des Qualitätssteuerungsausschusses wurde im Juni 2014 die interdisziplinäre Qualitätskommission eingesetzt. Analog des Steuerungsausschusses ist die Qualitätskommission für alle Fragen der Qualitätssicherung und -förderung zuständig und hat folgende Aufgaben:

- Förderung und Unterstützung bei der Initialisierung von Qualitätsprojekten
- Informations- und Erfahrungsaustausch zu laufenden Qualitäts- und Zertifizierungsprojekten
- Sicherstellung eines Qualitätscontrollings
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Qualitätsverbesserung
- Analyse von Ergebnismessungen und Kommunikation der Resultate im Steuerungsausschuss Qualitätsmanagement
- Koordination der vorgegebenen Jahresziele

#### Kultur und Kommunikation

Im Alltag ist eine offene Kommunikationskultur fest verankert. Es besteht eine einvernehmlich wertschätzende bereichs- bzw. klinikinterne sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit. Neben den üblichen Schnittstellenkontakten präsentiert sich dies z.B. in sehr gut funktionierenden interdisziplinären Gefässen im Rahmen von Tumorboards, Qualitätszirkeln, M&M-Konferenzen oder



Kolloquien. Die Bereichsleitungen signalisieren eine grosse kulturelle Offenheit für Veränderungen und die Bereitschaft die entsprechenden Verbesserungspotentiale anzugehen.

### **Zufriedenheitserhebungen**

Zufriedenheitserhebungen wie Patientenbefragungen aber auch Messungen zur Zufriedenheit der Mitarbeitenden und Zuweiser sind wesentliche Elemente des Qualitätsmanagements. Die Rückmeldungen können wertvolle Hinweise und Anregungen für Verbesserungspotentiale liefern. Um Vergleiche anstellen zu können, werden Befragungsinstrumente gewählt, die externe Benchmarks mit strukturähnlichen Spitälern erlauben.

### **Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Qualität ist für die Patienten nicht immer aufteilbar in ärztliche und pflegerische Qualität, weil oft nur die interdisziplinäre Gesamtqualität wahrgenommen wird. Das KSA strebt dabei eine berufs-, fach-, abteilungs- bzw. klinikübergreifende Vision an.

### **Qualitätsinstrumente und Methodik**

Eine Reihe von Qualitätsinstrumenten und Methoden sind etabliert:

- Das CIRS System ist akzeptiert und wird gut genutzt (was auch die kantonale Qualitätsmessung 2014 zeigte)
- Die gesetzlichen Vigilanzsysteme werden angewendet
- Zertifizierungen in verschiedenen Bereichen, Kliniken und Zentren
- Überprüfungen der Qualität durch Peer's (externe Experten und Beobachter) erfolgten im Rahmen der Initiative Qualitätsmedizin (IQM).
- Das Sicherheitsbewusstsein ist stark vorhanden. Das Patientenidentifikationsband (PIB) wurde im 1. Quartal 2015 flächendeckend eingeführt.

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

## **3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015**

- Zertifizierung Onkologiezentrum mit den Organzentren Brust- und Gynäkologisches Krebszentrum und Darmkrebszentrum
- Zertifizierung Orthopädiezentrum mit dem Endoprothetikzentrum KSA-KSB
- Verstärkte Zusammenarbeit mit den Zuweisern

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015

### Strukturqualität

- Aktualisierung des Qualitätsberichtes
- Überarbeitung der Qualitätspolitik
- Überarbeitung der Qualitätslandkarte

### Prozessqualität

- Zertifizierung Onkologiezentrum Mittelland (OZM):
  1. Teil mit den Organzentren Darm, Brust- und Gynäkologisches Krebszentrum
- Zertifizierungsaudit Orthopädiezentrum/Endoprothetikzentrum KSA-KSB
- Akkreditierung Institut für Rechtsmedizin
- Re-Akkreditierung Institut für Labormedizin
- Einführung des Patientenidentifikationsbands (PIB)

### Ergebnisqualität

- ANQ-Messungen
- Aktualisierung der Patienteninterviews im Bereich Medizin
- Einführung der Patienteninterviews im Bereich Chirurgie
- Patientenzufriedenheitsmessung Orthopädiezentrum
- Kennzahlen-Cockpit: Einführung nutzer-orientierter Kennzahlen (NOK)

## 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die KSA AG legt grossen Wert darauf, ihre qualitativ hochstehenden Leistungen in Zukunft noch weiter auszubauen. Dazu gilt es, bestehende Leistungsaufträge der hochspezialisierten Medizin (HSM) zu erhalten. Ein besonderer Schwerpunkt in den kommenden Jahren liegt in der Zertifizierung mehrerer Organzentren sowie des Onkologiezentrums. Ziel ist eine Optimierung der umfassenden und qualitätsgesicherten Behandlung und Betreuung der Patienten mit besonders komplexen Krankheitsbildern. Die dazu nötige interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit aller beteiligten Fachdisziplinen stellt eine grosse Herausforderung für alle involvierten Mitarbeiter dar.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Prävalenzmessung Dekubitus bei Kindern und Jugendlichen

## 4.2 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>
▪ Interne Erhebung zur Patientenzufriedenheit durch Telefoninterviews
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Zufriedenheit der Mitarbeiter
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserbefragung

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
▪ Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen

### 4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

#### Aktives Mitglied bei IQM (Initiative Qualitätsmedizin)

<b>Ziel</b>	Überprüfung der Qualität durch Peer Reviews
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	laufend
<b>Begründung</b>	In der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) engagieren sich Krankenhäuser aus Deutschland, Österreich und der Schweiz für mehr medizinische Qualität bei der Behandlung ihrer Patienten.
<b>Methodik</b>	Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten und Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Pflege, Medizincontrolling, Kodierung und Qualitätsmanagement
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Qualitätsverbesserungen durch Peer Review-Verfahren
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de">www.initiative-qualitaetsmedizin.de</a>

#### Einführung Checkliste "Sichere OP"

<b>Ziel</b>	Steigerung der Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	etabliert
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

#### Einführung von Patientenidentifikationsbändern (PIB)

<b>Ziel</b>	Steigerung der Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Schwerverletztenversorgung / Polytrauma

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

## OPTIMA

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

## GEMBA

<b>Ziel</b>	Umsetzung der Erkenntnisse auf baulicher und prozessualer Ebene
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Zentrum für Notfallmedizin (ZNM)
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Klinische Pharmazie

<b>Ziel</b>	Steigerung der Medikamentensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Spitalapotheke und alle Kliniken; Schwerpunkt: Medizinische Universitätsklinik (MUK)
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Möglichkeit pharmazeutische Auskünfte zu erhalten wird mehrmals täglich vom ärztlichen und pflegerischen Personal genutzt. Die Dienstleistungen der Klinischen Pharmazie wurden mit der Begleitung des Roll out KISIM und der Einführung neuer Ärzte in die

## Onkologiezentrum Mittelland (OZM)

<b>Ziel</b>	Zertifizierung von Organzentren und Tumorzentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DGK) und ISO 9001
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	diverse Bereiche und Kliniken
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Januar 2014 - April 2016
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	In onkologischen Zentren werden betroffene Patienten ganzheitlich und in allen Phasen der Erkrankung betreut und versorgt.
<b>Methodik</b>	Ziel der Deutschen Krebsgesellschaft (DGS) und weiterer Fachgesellschaften ist es, die Entstehung von onkologischen Zentren mit einem festgelegten qualitativen Anspruch zu fördern.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Zertifizierung nach ISO 9001:2008 und den Vorgaben der DGK
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="http://www.onkozert.de">www.onkozert.de</a>

## Endoprothetikzentrum (EPZ)

<b>Ziel</b>	Zertifizierung von Hüft- und Knieprothetik
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Orthopädiezentrum KSA / KSB
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Juni 2014 - September 2015
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Die Qualität der endoprothetischen Versorgung erhalten und verbessern, durch Spezialisierung, Kompetenz und Erfahrung.
<b>Methodik</b>	Zertifizierung nach dem Fachkatalog EndoProthetikZentrum (EPZ)
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Versorgung mit Endoprothesen ist ein weltweit verbreitetes chirurgisches Behandlungsverfahren. Durch den endoprothetischen Ersatz von geschädigten Gelenken sollen Schmerzfreiheit, ein Mobilitätsgewinn und die Verbesserung der Lebensqualität betroffene
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	www.endocert.de

## Patienten Advisory Board

<b>Ziel</b>	Verbesserung der Patientenzufriedenheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Radio-Onkologie
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	seit November 2014 laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Virtuelles Tumorboard : Protonentherapie

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

## Hyperthermie

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



## Kinderkardiologische / Kinderkardiologische Kolloquien mit Patientenvorstellung im Universitätsspital Zürich (USZ)

<b>Ziel</b>	Standardisierung der Echokardiographie-Befundung (Benutzung gleicher Normwerte, gleiche Untersuchungsprotokolle bei definierten Krankheitsbildern) mit den kinder-kardiologischen Abteilungen von Basel, St. Gallen, Zürich, Luzern und Baden.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Kinderkardiologie
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	in Planung; ca. 7 x jährlich

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

<b>Ziel</b>	Ersetzen der fehleranfälligen Zytostatikaverordnungen in Excel durch ein elektronisches System; automatisierte Vermeidung von Inkompatibilitäten
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Kinderonkologie
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	seit 2014 laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Tele -Tumorkonferenz mit dem Kinderspital Zürich

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

Osteoporosescreening aller Frakturpatienten  $\geq 50$  Jahre

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

## Austrittsmanagement im Wochenbett

<b>Ziel</b>	Senkung der Verweildauer und Steigerung der Patientenzufriedenheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Geburtshilfe
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Durch ein aktives Austrittsmanagement konnte die Verweildauer der gesunden Mütter gesenkt werden. Gleichzeitig wurde der Aufbau eines wirksamen Netzwerkes zur weiteren Betreuung zu Hause vorangetrieben.

## Interverband für Rettungswesen (IVR): Anerkennung des Sanitätsnotrufzentrums (SNZ)

<b>Ziel</b>	Qualitätssicherung im Rettungswesen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Einsatzleitstelle (ELS) 144
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	in Planung für 2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

### 4.3.1 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, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2008 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

Das Berichts- und Lernsystem CIRS (Critical Incident Reporting System) steht allen Mitarbeitenden des KSA zur Meldung von (Beinahe-)Zwischenfällen zur Verfügung. Sinn des CIRS ist eine gegenseitige Sensibilisierung der Mitarbeitenden für Situationen, die die Patientensicherheit gefährden. Dazu werden neben den Meldungen auch die daraus abgeleiteten Massnahmen elektronisch dokumentiert und sind zunächst intern zugänglich. In einem 2. Schritt können sie auch extern im CIRNET kommuniziert werden. Das KSA ist seit 2011 Mitglied im CIRNET (**Critical Incident Reporting and Reacting Network**).

2015 wurden insgesamt 1149 Meldungen von (Beinahe-)Zwischenfällen registriert. CIRS-Meldungen können in Verbindung mit den Meldungen der Vigilanzsysteme stehen. Schadensfälle mit Haftpflichtansprüchen werden jedoch nicht in diesem Tool erfasst.

Nicht jede CIRS-Meldung führt unmittelbar zu einer Massnahme. In bestimmten Fällen führen erst wiederholte Meldungen zum gleichen Sachverhalt zu einer Massnahme. So wurde beispielsweise der Anbieter von KCL-Ampullen gewechselt, um Verwechslungen mit ähnlich aussehenden Präparaten zu vermeiden. Aus CIRS-Meldungen werden häufig Schulungen für Mitarbeitende initiiert und teilweise auch neue Betriebsnormen erstellt bzw. bestehende Betriebsnormen angepasst.

Das Berichts- und Lernsystem CIRS ist bei den Mitarbeitenden im Alltag fest verankert und wird rege genutzt. Diese hohe Motivation gilt es durch ein gutes Feedback zu stärken. Dazu tragen die Kontakte der Meldekreis-Verantwortlichen untereinander und zu den Mitarbeitenden ihres eigenen Meldekreises, die zeitnahe Bearbeitung der Meldungen und nicht zuletzt die Kommunikation über die ergriffenen Massnahmen bei.

## 4.4 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2000
<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>	2003
<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>	2003
<b>Infreporting</b> Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	seit Beginn
<b>Dialyseregister</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	seit Beginn
<b>SCQM</b> SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation <a href="http://www.scqm.ch">www.scqm.ch</a>	1998
<b>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch">www.smob.ch</a>	2008
<b>SNPSR</b> Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	2011

<b>SRRQAP</b> Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern <a href="http://www.srrqap.ch">www.srrqap.ch</a>	2005; Gründungsmitglied
<b>STR</b> Schweizer Traumaregister	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG <a href="http://www.adjumed.ch">www.adjumed.ch</a>	2015
<b>SWISSVASC</b> SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry <a href="http://www.swissvasc.ch">www.swissvasc.ch</a>	2004
<b>TR-DGU</b> TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin <a href="http://www.traumaregister.de">www.traumaregister.de</a>	2010
<b>SKKR</b> Schweizer Kinderkrebsregister	Alle	<a href="http://www.kinderkrebsregister.ch">www.kinderkrebsregister.ch</a>	2010
<b>KR Aargau</b> Krebsregister Aargau	Alle	<a href="http://krebsregister-aargau.ch/">http://krebsregister-aargau.ch/</a>	2012
<b>AMDS</b> Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://www.iumsp.ch/ADS">www.iumsp.ch/ADS</a>	2005
<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>NICER</b> Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung <a href="http://www.nicer.org">www.nicer.org</a>	über Krebsregister Aargau
<b>SBCDB</b> Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie <a href="http://www.sbcdb.ch">www.sbcdb.ch</a>	2011

## 4.5 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2008	Onkologiezentrum Mittelland (OZM)	2015	2015	
Kombiverfahren ISO 9001:2008 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Darm-, Brust- und Gynäkologisches Krebszentrum	2015	2015	
Kombiverfahren ISO 9001:2008 und EndoCERT	Orthopädiezentrum: Endoprothetikzentrum KSA-KSB	2015	2015	
ISO/EC 17020: 2012 und ISO/EC 17025:2005	Institut für Rechtsmedizin	2015	2015	
Akkreditierung nach EN 15189 und ISO 17025	Institut für Labormedizin	2000	2015	
SGI-Anerkennung (Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin)	Medizinische Intensivstation	1998	1998	
SGI-Anerkennung (Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin)	Chirurgische Intensivstation	1990	2007	
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS)	Stroke Center	2013	2013	
ISO 9001:2008 und EN ISO 13485:2012	Zentralsterilisation (ZVSA)	2013	2013	Re-Zertifizierung im Oktober 2016
EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists)	Brustzentrum	2010	2014	
Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS) / ISO 9001: 2008	Apotheke	2013	2013	
Akkreditierung Jacie (Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT)	Hämatologie, Institut für Labormedizin und Blutspendezentrum	2006	2014	
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Rettungsdienst	2007	2012	Re-Zertifizierung im Mai 2016 geplant

## Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

Fachzertifizierung	Interdisziplinäres Kontinenz- und Beckenbodenzentrum	2014	2014	
Swiss Medic	Strahlenschutz	2011	2011	
Radiation Therapy Oncology Group RTOG/NRG/NCI	Institut für Radio-Onkologie	2012	2015	1.Spital in Europa letztes Audit: 2015

# **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). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2015 (CI* = 95%)
	2012	2013	2014	
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.09	8.81	8.94	9.00 (8.88 - 9.13)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.87	8.62	8.76	8.87 (8.76 - 8.98)
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.97	8.72	8.75	8.97 (8.86 - 9.09)
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.93	8.66	8.73	8.83 (8.71 - 8.95)
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.33	9.03	9.16	9.28 (9.18 - 9.38)

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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

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

Die Bewertung weist ein hohes Niveau der Patientenzufriedenheit aus. Zur Differenzierung der Verbesserungspotentiale ist jedoch eine gezieltere Befragung der Patienten notwendig. Dazu bieten sich nicht nur direkte Gespräche vor Ort, sondern auch die Telefoninterviews (siehe Interne Erhebung der Patientenzufriedenheit) und nicht zuletzt die Rückmeldungen des Beschwerdemanagements an.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im September 2015 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>	
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>			
Anzahl angeschriebene Patienten 2015	1703		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	708	Rücklauf in Prozent	42 %

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Interne Erhebung zur Patientenzufriedenheit durch Telefoninterviews

Im Oktober 2015 lösten Telefoninterviews die bisherigen internen Fragebögen ab, die allen stationären Patienten ganzjährig zur Beurteilung ihres Spitalaufenthaltes abgegeben wurden. Als Instrument wurde intern ein standardisiertes Interview für Erwachsene entwickelt.

Die Anrufe finden jeweils 30 Tage nach dem Spitaleintritt statt. Im Beobachtungszeitraum wurden rund 3000 Patienten von geschulten Study Nurses kontaktiert.

Diese Patientenbefragung haben wir vom 1.10.2015 bis laufend in den Abteilungen „Medizin“, „Chirurgie“, „Frauenklinik“ durchgeführt.

Die stationären, erwachsenen Patienten der Medizinischen Universitätsklinik, Chirurgie und Frauenklinik werden 30 Tage nach Eintritt befragt. Ausnahmen sind Patienten die geplant wiederholt stationär behandelt werden.

Fremdsprachige Patienten können in Englisch, Französisch, Italienisch, Niederländisch, Türkisch, Spanisch, Serbisch und Kroatisch befragt werden.

Die Messergebnisse werden mit den Resultaten der ANQ-Befragung verglichen. Die Werte sind praktisch identisch und weisen eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlungsqualität aus.

Die Analyse der Ergebnisse kann Diagnose-bezogen ausgewiesen werden, was insbesondere für die Fachzertifizierungen von grossem Wert ist.

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse weisen bei den identischen Fragen keine signifikanten Unterschiede zur ANQ-Messung auf.

Bei der Bewertung des Essens ist wahrscheinlich eine differenziertere Befragung notwendig, um Verbesserungspotenziale auszuschöpfen. Die Frage nach der Qualität in diesem Bereich orientiert sich stark an individuellen Ernährungsgewohnheiten, die oftmals krankheitsbedingt und/oder organisatorisch nicht uneingeschränkt berücksichtigt werden können. Die Hotellerie bemüht sich jedoch, die Wünsche der Patienten aufzugreifen und in ihr umfangreiches Angebot zu integrieren.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Kantonsspital Aarau AG**

Beschwerdemanagement

Beatrix Salzmann

Beschwerdemanagerin

062 838 44 18

[beatrix.salzmann@ksa.ch](mailto:beatrix.salzmann@ksa.ch)

Montag, Dienstag, Donnerstag und

Freitag(Bürozeiten)

## 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 patientenseitige 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 2015 (CI* = 95%)
	2012	2013	2014	
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	-	8.54	9.21	8.75 (8.33 - 9.01)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	-	8.61	9.20	8.67 (8.51 - 9.14)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	-	8.68	9.23	8.82 (8.50 - 9.20)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	-	8.85	9.26	8.85 (8.88 - 9.49)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	-	9.43	9.53	9.18 (8.40 - 9.10)

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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.ang.ch](http://www.ang.ch).

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

Die Befragung zeigt eine hohe Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung ihrer Kinder und Jugendlichen.

#### Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut

hcri AG und MECON measure & consult GmbH

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 2015 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>	
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>			
Anzahl angeschriebene Eltern 2015	301		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	132	Rücklauf in Prozent	44.00 %

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeber und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Zufriedenheit der Mitarbeiter

In regelmässigen Abständen (letztes Mal 2013) erhebt das KSA die Arbeitszufriedenheit seiner Mitarbeitenden. In einer vollständig anonymen Befragung werden Angehörige sämtlicher Berufsgruppen zu den verschiedenen Themen befragt, die die Zufriedenheit mit der täglichen Arbeit beeinflussen. Eingesetzt wird das standardisierte Befragungsinstrument der Firma MECON, welches schweizweit bei über 40 Spitälern verwendet wird.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2013 in allen Abteilungen durchgeführt. Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2016.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Personalfriedenheit

## 8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Zuweiserbefragung

Die zuweisenden Ärzte sind die wichtigste Kundengruppe eines Spitals, deshalb werden periodisch Zuweiserbefragungen durchgeführt. Dabei soll die Zufriedenheit der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte mit der stationären Dienstleistung des KSA untersucht werden.

Im Befragungszeitraum wurden 1080 Zuweiser mittels Fragebogen postalisch oder via E-Mail kontaktiert. Es handelte sich dabei sowohl um Ärzte aus dem Einzugsgebiet des KSA als auch um solche, die in der Vergangenheit Patienten zugewiesen hatten. Die Rücklaufquote betrug 16.5%.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 6. April 2015 bis 4. Mai 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Eingeschlossen waren alle Zuweiser, die entweder bereits Patienten zugewiesen hatten oder im Einzugsgebiet des KSA praktizieren.

Die Gesamtzufriedenheit der Zuweisenden ist hoch. Die Auswertung der Befragung wurde einer kritischen Begutachtung durch die Geschäftsleitung unterzogen. Im Vergleich zu den früheren Erhebungen zeigt sich eine gleichbleibend hohe Zufriedenheit mit dem Spektrum und der Qualität der medizinischen Leistungen. In allen anderen Bereichen konnte eine Verbesserung verzeichnet werden.

Insbesondere schätzen die Zuweiser am KSA das Vorgehen und die Einfachheit bei der Einweisung, die Qualität der medizinischen Leistungen und die Freundlichkeit der Kontaktpersonen. Auch sind Rückmeldungen betreffend speditivere Abläufe und bessere Kommunikation zu verzeichnen.

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Als Massnahme wird verstärkt darauf geachtet, Patienten, die keine Zentrumsbehandlung mehr benötigen, an ihre Hausärzte zur weiteren Behandlung zurückzuweisen. Im Weiteren wird auf die zeitnahe Übermittlung von patientenrelevanten Informationen an alle nachsorgenden Einrichtungen geachtet.

#### Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	TransferPlusAG
Methode / Instrument	TransferPlusAG

#### Bemerkungen

## 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, obwohl die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

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

#### Messergebnisse

		2012	2013	2014	2015
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>					
Beobachtete Rate	Intern:	-	-	-	4.42%
	Extern:	-	-	-	0.72%
Erwartete Rate (CI* = 95%)		-	-	-	4.90% (4.49% - 5.32%)
Ergebnis** (A, B oder C)					B

\* 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.

\*\* Wertung der Ergebnisse:

A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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

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

Die Ergebnisse entsprechen den erwarteten Werten.

#### Angaben zur Messung

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



Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>		
Anzahl auswertbare Austritte 2015:	20853	

## 10 Operationen

### 10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

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

#### Messergebnisse

	2012	2013	2014	2015
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>				
Beobachtete Rate	-	-	-	3.31%
Erwartete Rate (CI* = 95%)	-	-	-	3.10% (2.75% - 3.45%)
Ergebnis** (A, B oder C)				B

\* 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.

\*\* Wertung der Ergebnisse:

- A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
- B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.
- C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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

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

Die Ergebnisse entsprechen den erwarteten Werten.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>		
Anzahl auswertbare Operationen 2015:	13317	

## 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 Blindarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind ab dem 1. Oktober 2014 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 und herz-chirurgischen Eingriffen) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ Gallenblasen-Entfernungen
▪ Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ Hernienoperationen
▪ Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Magenbypassoperationen
▪ Rektumoperationen
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>						
Gallenblasen-Entfernungen	225	12	-	-	-	4.60% (1.90% - 7.40%)
Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	64	1	-	-	-	1.60% (0.00% - 3.40%)
Hernienoperationen	219	3	-	-	-	1.10% (0.00% - 2.50%)
Dickdarmoperationen (Colon)	105	21	-	-	-	18.00% (10.70% - 25.40%)
Magenbypassoperationen	91	11	-	-	-	10.00% (3.90% - 16.20%)
Rektumoperationen	37	8	-	-	-	14.10% (2.90% - 25.30%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2013 – 30. September 2014

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2014 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2014 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2014 (CI*)
			2011	2012	2013	
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	113	6	-	-	-	5.80% (1.50% - 10.10%)

\* 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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

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

Das KSA ist ein Zentrumsspital mit weit überdurchschnittlicher Erfahrung. Entsprechend besteht ein höherer Anteil an Patienten mit Begleiterkrankungen und komplexen Eingriffen. Die Infektrate ist in der Berichtsperiode von Jahr zu Jahr stark variierend.

Die Messergebnisse wurden anlässlich der Geschäftsleitungssitzung vom 22.3.2016 vorgestellt. Die Massnahmen werden durch die Abteilung für Infektiologie gemeinsam mit den Bereichsleitungen des KSA definiert und umgesetzt.

**Angaben zur Messung**

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.

Weitere Informationen:

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

#### Messergebnisse

	2012	2013	2014	2015
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	7	5	5	11
In Prozent	3.60%	2.30%	2.40%	5.20%

Bei den hier publizierten Ergebnissen 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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

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

Sturzereignisse lassen sich leider trotz aller Präventionsmassnahmen nicht völlig vermeiden. Im Beobachtungszeitraum, kam es zu 11 Sturzereignissen (einzelne Patienten mit Mehrfachstürzen), die in 2 Fällen zu minimalen körperlichen Verletzungen führten. Die Analyse der einzelnen Fälle erfolgt durch die Pflegewissenschaftlerinnen. Die Ergebnisse sowie Vorschläge für daraus abgeleitete Massnahmen werden durch die Bereichs- bzw. Stationsleitungen festgelegt und kommuniziert.

#### Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

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 Jahre 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>▪ Säuglinge der Wochenbettstation,</li> <li>▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (<math>\leq 16</math> Jahre)</li> <li>▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2015	219	Anteil in Prozent (Antwortrate)	60.70%



## 13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

		Vorjahreswerte			Anzahl Erwachsene mit Dekubitus im 2015	In Prozent
		2012	2013	2014		
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>						
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1-4	3	4	10	7	3.20%
	ohne Kategorie 1	1	2	7	5	2.30%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	3	2	4	3	1.40%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	1	1	2	3	1.40%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1	0	2	6	4	1.80%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	1	5	2	0.90%

## Bei Kindern und Jugendlichen

		Vorjahreswerte			Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus im 2015	In Prozent
		2012	2013	2014		
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1-4		4	1	2	6.50%
	ohne Kategorie 1		0	1	0	0.00%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Total		4	1	2	6.50%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1		0	1	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, Total		0	0	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1		0	0	0	0.00%

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

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

Als Präventionsmassnahmen von Dekubitus finden sowohl im Erwachsenenbereich als auch in der Klinik für Kinder und Jugendliche (KKJ) Mitarbeiterschulungen zur Sensibilisierung und Wissensvermittlung statt. Die Messergebnisse werden in Einzelfallanalysen von den Pflegewissenschaftlerinnen untersucht. Die Ergebnisse und Vorschläge für daraus abgeleitete Massnahmen werden durch die Bereichs- bzw. Stationsleitungen definiert und kommuniziert.

#### Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung 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>▪ Säuglinge der Wochenbettstation,</li> <li>▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (<math>\leq 16</math> Jahre)</li> <li>▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2015	219	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	60.60%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2015	31	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	86.00%

## 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

### 14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

#### 14.1.1 Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Im Rahmen der Nationalen Prävalenzmessung des ANQ am 10.11.2015 wurde freiwillig das Modul freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben. Erfasst wurden alle Massnahmen, die innerhalb der letzten 30 Tage bis zur Messung innerhalb des KSA ergriffen wurden.

Diese Messung haben wir im Monat November in allen Abteilungen durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Erhebung zu den freiheitsbeschränkenden Massnahmen ist freiwillig.

## 15 Projekte im Detail

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

### 15.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 15.1.1 CIRS-Konzept

Das bestehende CIRS-Konzept wurde 2015 umfassend überprüft und in Zusammenarbeit mit den CIRS-Managern umfassend überarbeitet. Dabei erhält auch der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) als Methode wie auch als Strategie bzw. Kultur eine zentrale Rolle beim Paradigmenwechsel von der Fehler- zur Sicherheitskultur. Die Wandlung im Umgang mit Zwischenfällen trägt dazu bei, dass CIRS-Meldungen als Prozessabweichungen verstanden werden und das Augenmerk nicht auf der Suche nach einem Schuldigen liegt. Es gilt Fehler frühzeitig zu erkennen und Korrekturmassnahmen zu ergreifen, sie zu minimieren und ihnen möglichst proaktiv vorzubeugen. Eine permanente Prozessanalyse sowie die daraus abzuleitenden Verbesserungsmassnahmen führen zu einer schrittweisen Optimierung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Das neue CIRS-Konzept zeigt sowohl ein Modell zur Fehlerkorrektur als auch zum Fehler- und Verbesserungsmanagement.

Um die CIRS-Gruppenmitglieder zum Thema kontinuierlicher Verbesserungsprozess zu befähigen, wurde am 7. September 2015 eine Weiterbildung zum Thema "CIRS-Fallanalyse mit London Protokoll" durch Dr. Norbert Rose; Kantonsspital St. Gallen für die CIRS-Gruppenmitglieder durchgeführt.

Das überarbeitete CIRS-Konzept definiert Ziele, Struktur und Organisation des CIRS sowie die Schnittstellen bzw. Abgrenzungen zu den Vigilanz und Haftpflichtfällen. Aktuell befindet sich das CIRS-Konzept im Vernehmlassungsprozess und wird im Sommer 2016 als überarbeitete KSA-Betriebsnorm eingeführt.

#### 15.1.2 Schmerz-Konzept

Das bestehende Schmerzkonzept „Leitlinien zur medikamentösen Schmerztherapie für Erwachsene“ wird überarbeitet und um Kapitel wie palliative Schmerzbehandlung, nicht-medikamentöse Schmerztherapie und ein Erfassungsinstrument zur Beurteilung der Wirksamkeit einer Schmerztherapie bei stark kommunikationseingeschränkten Patienten ergänzt.

Die interdisziplinäre und multiprofessionelle Projektgruppe wurde von der Qualitätskommission benannt und sowohl vom Qualitätssteueraususschuss als auch von der Bereichsleitungskonferenz bestätigt. In Zusammenarbeit mit den Mitglieder des Schmerzboards entsteht ein umfassendes Schmerzkonzept, welches im Sommer 2016 verabschiedet und eingeführt werden soll.

## 15.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

### 15.2.1 Austrittsmanagement Wochenbett

#### **Interprofessionelle Betreuung im Spital und bei Bedarf anschliessend im häuslichen Umfeld**

Die Einführung von SwissDRG 2012 führte zwangsläufig zur Verkürzung des stationären Aufenthaltes der Wöchnerinnen. Deshalb rückte die Nachbetreuung der Frauen noch mehr in den Fokus.

Der zentrale Auslöser des Projektes war folgende Fragestellung: Wie gelingt eine kompetente Begleitung der Wöchnerinnen und ihrer Familien sowohl während des verkürzten Spitalaufenthaltes als auch im häuslichen Umfeld?

**Projektdauer:** April 2013 – März 2015

**Zielgruppe:** Gesunde Wöchnerinnen und Neugeborene nach einer Spontangeburt

Das **Projektteam** bestand aus der stellvertretenden Bereichsleiterin Pflege, einer Stationsleitung Wochenbett, einer Stillberaterin, einer Oberärztin, einer Hebamme, dem Spitalfachmann FKL sowie der Projektleitung (wissenschaftliche Mitarbeiterin).

#### **Weitere Auslöser des Projektes**

- Zunehmende Geburtenzahlen
- Räumlichkeitsprobleme
- Optimierung des Austrittszeitpunktes der Wöchnerinnen
- Anpassung der Betreuungskonzepte

#### **Projektziele**

- Strategieentwicklung zur Unterstützung der Wöchnerinnen und ihrer Familien während des Spitalaufenthaltes und danach im häuslichen Umfeld
- Beschleunigungen der Prozesse
- Verkürzung der Wochenbettdauer im Spital
- Bessere Raumauslastung
- Erhöhung der Frauenzufriedenheit (Komfort, individuelle Betreuung)
- Verbesserung der Zusammenarbeit mit externen personellen Ressourcen (Hebammen, Pflegefachfrauen, Doulas)
- Kosteneinsparungen für das Spital und für das Gesundheitssystem
- Qualitätsverbesserung in der Betreuung komplizierter Wochenbettverläufe

#### **Projektschritte**

1. Bildung eines tragfähigen interdisziplinären Netzwerkes
2. Senkung der Verweildauer von 4.1 auf 3.5 Tage
3. Optimierung der internen und externen Schnittstellen
4. Praxisbezogenes Qualitätsmanagement auf den Wochenbettstationen
5. Erhöhung der Zufriedenheit bei Mitarbeitenden, Kundinnen und Zuweisern

#### **Ergebnisse**

- Das System der Bezugspflege auf den Wochenbettstationen legt die Prozessverantwortung für den stationären Aufenthalt klar fest. Die Reduktion von Schnittstellen in der Pflege wird von den betreuten Familien als sehr positiv wahrgenommen.
- Verbesserung der Beratung und Begleitung bezüglich Stillen und Säuglingsernährung durch eine breite gezielte Fortbildung der Pflege und des Arztdienstes.
- Zusammenarbeit Pflege/ Arztdienst auf den Stationen: Durch die Einführung des Systems der Bezugspflege mit der klaren Unterteilung von Physiologie und Pathologie konnte sowohl der ärztliche Dienst entlastet wie auch die Verantwortlichkeit der Pflegenden optimiert werden

- Das neu gestaltete „Anmeldeformular Geburt“ fragt aktiv nach der Nachbetreuung im Wochenbett und den Wünschen der Frau, es ist auf der Homepage als Teaser sofort zugänglich und mit dem Zuweiserportal verknüpft.
- Alle im KSA betreuten Familien werden mehrfach in der Schwangerschaft auf die Wichtigkeit einer ambulanten Nachbetreuung hingewiesen, auf der Homepage finden die Frauen die gleiche Information sowie konkrete Hilfestellung zur Organisation.
- Der „Austrittsbericht Geburt“ ist in einem Prozess der kontinuierlichen Verbesserung. Hierbei werden sowohl die Wünsche und Erwartungen der Zuweiser, wie aber auch interne Prozessoptimierungen berücksichtigt.
- Die Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären und multiprofessionellen Netzwerk hat an Bedeutung gewonnen.

## 15.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 15.3.1 Onkologiezentrum Mittelland

Die Entwicklungen auf dem Gebiet der Krebsforschung sind enorm. Sie bewegen sich mit früher nicht erlebter Geschwindigkeit. Eine Standortbestimmung zeigte, dass gut ein Viertel aller stationären und ambulanten Leistungen des KSA im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung stehen. Das KSA bietet diesbezüglich eine Zentrumsfunktion. Es besitzt alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen. Nach einer strategischen Entscheidung im August 2013 werden diese nun im Onkologiezentrum Mittelland zusammengefasst. Um die Kompetenz in Aarau auch nach aussen sichtbar zu machen, wurde ein zweijähriges spitalweites Zertifizierungsprojekt initiiert. Es hat zum Ziel, alle krebsbezogenen Leistungen in optimierten Prozessen zu verbinden, wobei der Blickwinkel der Patienten ausschlaggebend ist. Das KSA bekennt sich damit zum Schwerpunkt Onkologie und rüstet sich auch für zukünftige Anforderungen betreffend Leistungsaufträge und Finanzierung. Der Name Onkologiezentrum Mittelland wurde bewusst offen gewählt, weil wir der Überzeugung sind, dass patientenzentrierte Onkologie nur in Kooperation mit anderen Spitälern und spitalexternen Partnern wie beispielsweise Grundversorger, Spitex oder Krebsliga erfolgreich sein kann. Von zentraler Bedeutung sind interdisziplinäre Besprechungen (Tumorboards), zur Festlegung von Behandlungsplänen für jeden Krebsbetroffenen, sei es zu Beginn oder auch im Verlauf der Krankheit. Für alle Krebsarten, häufige wie auch seltene Krankheitsbilder, stehen die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Optionen zur Verfügung (siehe auch [Website Onkologiezentrum Mittelland](#)).

Im Frühling 2015 wurde das Onkologiezentrum gemeinsam mit den Organzentren Darm, Pankreas, Brust und Gynäkologische Onkologie erstmals ISO-zertifiziert. Das heisst alle Fachbereiche haben gemäss dem Anforderungskatalog der DIN EN ISO 9001:2008 ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt. Das Darm-, Brust- und gynäkologische Krebszentrum haben mit allen beteiligten Kooperationspartnern zusätzlich die fachspezifischen Vorgaben und Anforderungen hinsichtlich Behandlungs- und Ergebnisqualität der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) erfüllt und erhalten für die erfolgreiche Umsetzung und Einhaltung dieser Kriterien das Zertifikat beider Gesellschaften.

Als weitere Zentren haben in 2015 das Prostatakrebszentrum, das Hautkrebszentrum und das Zentrum für Leukämien und Lymphome den Zertifizierungsprozess aufgenommen. Diese Zentren werden im Frühling 2016 in einem Kombinationsverfahren gemeinsam mit dem Onkologiezentrum Mittelland sowohl nach ISO wie auch nach DKG zertifiziert.

### 15.3.2 Endoprothetikzentrum KSA-KSB

Mitte September 2015 wurde die Hüft-Endoprothetik und damit das Orthopädie-Zentrum der Kantonsspitäler Aarau und Baden als erstes Endoprothetik-Zentrum der Schweiz zertifiziert. Damit kann unseren Patienten und Zuweisenden eine noch höhere Qualität bei Indikation, Routineeingriffen, aber auch in den Bereichen der komplexen Chirurgie und der Revisionschirurgie geboten werden.

Die Kantonsspitäler Aarau und Baden führen gemeinsam das Orthopädiezentrum. Seit über einem Jahr widmen sich gegenwärtig sechs standortübergreifend wirkende Teams den Gelenkbereichen Schulter/Ellbogen, Wirbelsäule, Hüfte/Becken, Knie, Fuss sowie der Kinderorthopädie. In langen Jahren erworbene Erfahrungen sowie das nötige Fachwissen befähigen die Fachärzte, sowohl in Aarau als auch in Baden Eingriffe auf qualitativ hohem Niveau durchzuführen. Die Ärzte rotieren zwischen den beiden Standorten, wo sie jeweils an zwei Tagen tätig sind. Patienten und Patientinnen ihrerseits lassen sich an dem Ort behandeln, mit dem sie am besten vertraut sind.



## 16 Schlusswort und Ausblick

Die zentrale Aufgabe des Kantonsspitals Aarau ist die Erbringung einer verlässlichen, qualitativ hochwertigen Zentrumsversorgung auf dem aktuellsten Stand der Wissenschaft für die breite Bevölkerung. Ausserdem schafft das KSA als Arbeitgeber und Ausbildungsstätte, ein attraktives Arbeits- und Lernumfeld zu schaffen, das ganzheitliches Denken und Handeln fördert. Qualität ist für das KSA nicht nur das erreichte Ergebnis, sondern die Strukturen und Prozesse werden immer wieder hinterfragt und verbessert. Dabei steht die interdisziplinäre, multiprofessionelle Zusammenarbeit im Mittelpunkt. Für die Qualitätsentwicklung braucht es den persönlichen Ehrgeiz aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, das Beste für ihre Patientinnen und Patienten zu geben.

Die KSA AG legt grossen Wert darauf, ihre qualitativ hochstehenden Leistungen in Zukunft noch weiter auszubauen. Dazu gilt es, sowohl bestehende Leistungsaufträge der hochspezialisierten Medizin (HSM) zu erhalten als auch weitere HSM-Bereiche hinzuzugewinnen. Ein besonderer Schwerpunkt auch in den kommenden Jahren liegt in der Zertifizierung der Organzentren sowie des Onkologiezentrums. Ziel ist die Optimierung der umfassenden und qualitätsgesicherten Behandlung und Betreuung der Patienten mit besonders komplexen Krankheitsbildern.

Die langfristige Verhaltensweise des KSA betreffend Qualität, insbesondere für festgelegte und vereinbarte Qualitätsziele und deren Planung sowie eine konsequente Umsetzung der Qualitätsaktivitäten, kann in allen Kliniken, Abteilungen und Bereichen identifiziert werden. Qualitätsmanagement und Patientensicherheit sind zentrale Bestandteile des täglichen Handelns.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot. Das betriebliche Angebot basiert auf der aktuellsten Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik. Diese Angaben beziehen sich nur auf stationär behandelte Patienten.

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

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

### Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>
Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Epileptologie: Komplex-Behandlung
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>
Ophthalmologie
Orbitaprobleme
Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme
Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)
Glaukom
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
<b>Hormone (Endokrinologie)</b>

Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe
Grosse Lebereingriffe
Oesophaguschirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe
<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
Autologe Blutstammzelltransplantation
<b>Gefässe</b>
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Gefässchirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe
Interventionen intrakranielle Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Einfache Herzchirurgie
Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>

Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie
Polysomnographie
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
<b>Transplantationen</b>
Transplantationen solider Organe (IVHSM)
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Plexuschirurgie
Replantationen
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und $\geq$ 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. SSW und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und $\geq$ 2000g)
Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Neonatologie (Level III)
<b>Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)</b>
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)

## Herausgeber



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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht)



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

## Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:

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



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



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**).



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)



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)