

# st Claraspital

In besten Händen.

## Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

28. Mai 2020  
Peter Eichenberger, Direktor

Version 1

St. Claraspital

[www.claraspital.ch](http://www.claraspital.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 2019.

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 2019

Frau Dr. phil.  
Gabriele Hlavacek  
Leiterin Qualitätsmanagement  
061 685 86 81  
[gabriele.hlavacek@claraspital.ch](mailto:gabriele.hlavacek@claraspital.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil. Nach Akutsomatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichsspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualitätsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitälern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: [www.patientensicherheit.ch/momo](http://www.patientensicherheit.ch/momo).

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualitätsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>8</b>
2.1 Organigramm .....	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	12
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	22
4.5 Registerübersicht .....	23
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	25
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>26</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>27</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>27</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	27
5.2 Eigene Befragung .....	28
5.2.1 Patientenbefragung mit Mecon .....	28
5.3 Beschwerdemanagement .....	28
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>29</b>
6.1 Eigene Befragung .....	29
6.1.1 Feedback von Angehörigen .....	29
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>30</b>
7.1 Eigene Befragung .....	30
7.1.1 Mitarbeiterbefragung .....	30
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>32</b>
8.1 Eigene Befragung .....	32
8.1.1 Zuweiserbefragung .....	32
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>34</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>34</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	34
9.2 Eigene Messung .....	35
9.2.1 Wiedereintritte innert 30 Tagen .....	35
<b>10 Operationen</b> .....	<b>36</b>
10.1 Eigene Messung .....	36
10.1.1 Komplikationsstatistik .....	36
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>37</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	37
<b>12 Stürze</b> .....	<b>39</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	39
12.2 Eigene Messung .....	40
12.2.1 Sturzrate .....	40
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>41</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	41

13.2	Eigene Messungen .....	43
13.2.1	Dekubituserfassung .....	43
<b>14</b>	<b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15</b>	<b>Psychische Symptombelastung</b> Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
<b>16</b>	<b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b> Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>44</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	44
18.1.1	Begegnungszentrum CURA.....	44
18.1.2	e-Learning .....	45
18.1.3	Notfall 2020 .....	46
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019 .....	47
18.2.1	Ethikforum .....	47
18.2.2	Aufbau Prostatakrebszentrum.....	47
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	48
18.3.1	Zertifizierung Brustkrebszentrum .....	48
18.3.2	Zertifizierung Speiseröhrenkrebszentrum .....	48
18.3.3	Aufrechterhaltung der Zertifizierungen .....	48
<b>19</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>52</b>

## 1 Einleitung

Das Claraspital ist ein privat geführtes Akutspital mit Chefarztsystem und seit der Gründung obliegt die Trägerschaft des Claraspitals der Kongregation der barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz in Ingenbohl. Das Claraspital steht allen Patienten offen und bekennt sich zu den christlichen Werten seiner [Trägerschaft](#).

Das Spital zeichnet sich durch seine medizinische Kompetenz und hervorragende Betreuung aus. Schwerpunkte sind: das Bauch- und Tumorzentrum, die Urologie mit dem Prostatazentrum sowie die Spezialitäten Allgemeine Innere Medizin/Endokrinologie, Kardiologie, Pneumologie und Thoraxchirurgie und Gynäkologie/Gynäkologische Onkologie. Als Akutspital leistet das Claraspital zudem eine erweiterte Grundversorgung mit einem 24-Stunden-Notfall.

Im Januar 2019 ist "Clarunis - das Universitäre Bauchzentrum Basel" als gemeinsames Kompetenzzentrum des Claraspitals und des Universitätsspitals Basel für Viszeralchirurgie und Gastroenterologie/Hepatology erfolgreich an beiden Standorten gestartet. Mit dieser Kooperation tragen beide Spitäler zum Erhalt der hochspezialisierten Medizin in der Region Basel bei und schaffen neue Möglichkeiten für die Forschung.

Wie schon in den Vorjahren hat das Claraspital für 2020 die Anforderungen der Mindestfallzahlen für die hochspezialisierte Medizin für folgende Eingriffe erreicht: Bariatric, Ösophagus, Pankreas und Rektum. Eingriffe an der Leber werden im Rahmen von Clarunis am Standort Universitätsspital Basel erbracht.

Das Viszeralonkologische Zentrum mit den Bereichen Darm- und Pankreas wurde 2019 erfolgreich durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) rezertifiziert sowie das Prostatakrebszentrum erstzertifiziert.

Das Claraspital trägt den Titel eines „Universitären Lehr- und Forschungsspital der Universität Basel“ und setzt sein jahrelanges Engagement in der Ausbildung von Assistenzärzten und -ärztinnen fort. Die St. Clara Forschung AG betreibt eine nachhaltige und patientenbezogene Forschung in den drei Schwerpunkten Onkologie/Hämatologie, Metabolik und chirurgisch-technische Forschung.

Weiterhin ist das Claraspital ein Referenzzentrum für Adipositas sowie ein da Vinci XI® Referenzzentrum für die roboter-assistierte Viszeralchirurgie.

Das Claraspital pflegt eine erfolgreiche und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit seinen Zuweisern, Spezialisten, nachgelagerten Institutionen sowie mit allen seinen Kooperationspartnern auf Leistungserbringerebene. Dazu zählen die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitszentrum Fricktal im Bereich Bauch und Tumor sowie dem Hôpital du Jura und der Clinica Luganese Moncucco im Bereich Bauch. Mit der Klinik Arlesheim findet zudem im Bereich Onkologie eine enge Zusammenarbeit statt.

Seiner Strategie entsprechend erbringt das Claraspital exzellente und effiziente Leistungen im Gesundheitswesen. Unsere Patienten stehen im Zentrum unserer Bemühungen und erfahren eine qualitativ hochstehende und ganzheitliche Medizin sowie Pflege und Betreuung. In unserem Leitbild und der Qualitätspolitik ist diese Grundhaltung verankert und wird durch unsere Kulturkriterien täglich gelebt.

Zu unseren Qualitätsgrundsätzen gehören die Patientenorientierung, die Vorbildfunktion des Kaders, die Mitarbeiter- und Prozessorientierung sowie der kontinuierliche Verbesserungsprozess.

Die aus der Unternehmensplanung jährlich festgelegten quantitativen Ziele besitzen einen hohen Stellenwert. Die monatliche Kennzahlenerhebung und das Reporting haben sich als fester Bestandteil etabliert. Als Beispiel dafür stehen hohe Zufriedenheitswerte unserer Patienten, Mitarbeitenden und

Zuweiser.

Die festgelegten quantitativen Ziele werden auf Bereichs-, Abteilungs- und Mitarbeiterebene heruntergebrochen. Regelmässige Überprüfungen der Ziele und daraus definierte und umgesetzte Massnahmen tragen zur kontinuierlichen Verbesserung bei.

Neben den erwähnten Fachzertifizierungen absolvierte das Claraspital 2019 in der Hotellerie ein erfolgreiches Zertifizierungsaudit nach ISO 9001:2015.

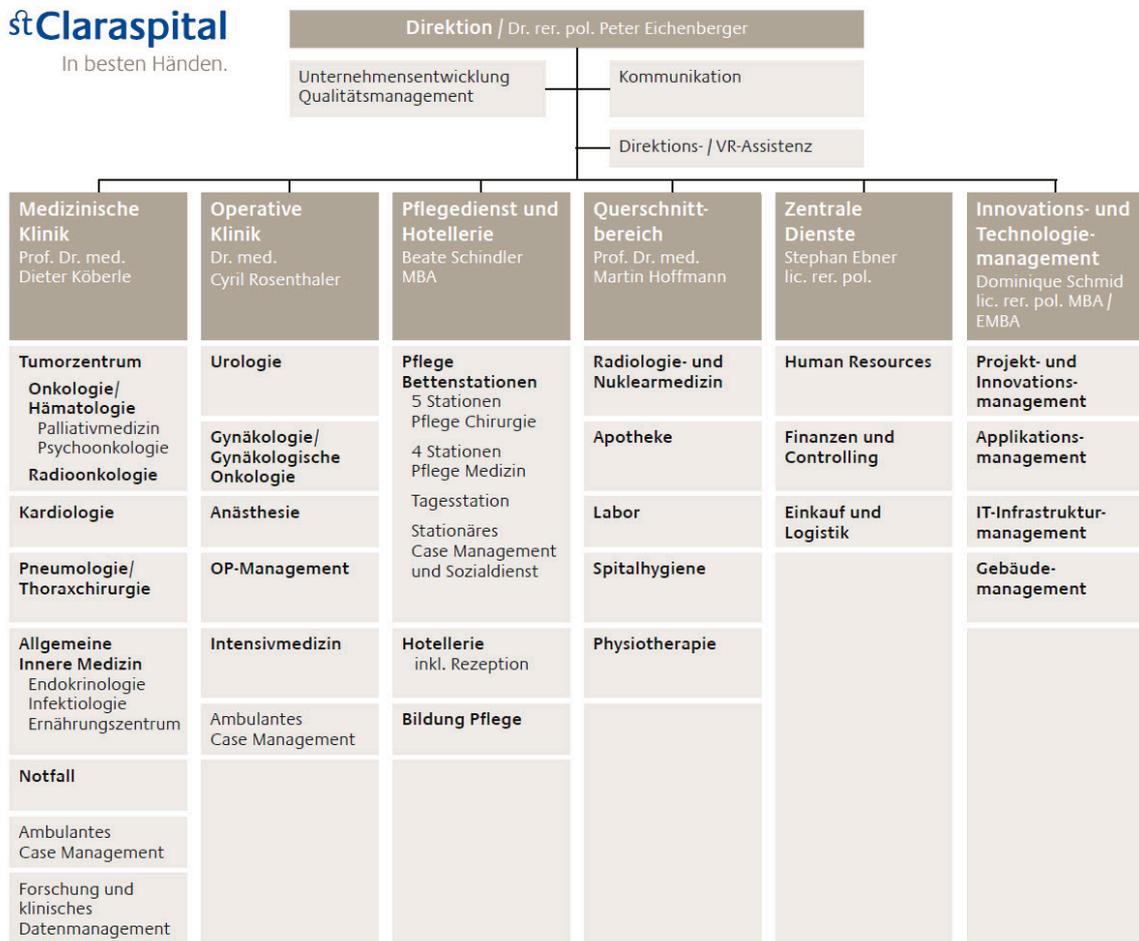
Die Realisierung des Ersatzneubaus Hirzbrunnen verläuft planmässig und die Inbetriebnahme kann 2020 erfolgen. In diesem Neubau werden sich zukünftig u.a. die Notfallstation und der Operationstrakt befinden, Chemotherapien verabreicht sowie in Kooperation mit dem Felix Platter Spital Rehabilitationsleistungen erbracht.

Die Entwicklungen und Anforderungen im Gesundheitswesen, sei es von Bund oder Kanton, wachsen stetig. Wir stellen uns diesen Herausforderungen, damit unsere Patienten und Patientinnen weiterhin im Zentrum stehen und sich in besten Händen fühlen.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Aufgrund der Ausgliederung der Fachbereiche Viszeralchirurgie und Gastroenterologie in Clarunis wurde das Organigramm des Claraspitals entsprechend angepasst.

Das Qualitätsmanagement ist in der erweiterten Stabstelle Unternehmensentwicklung & Qualitätsmanagement integriert.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **260** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Dr. rer. pol. Eichenberger Peter  
 Direktor  
 061 685 86 75  
[peter.eichenberger@claraspital.ch](mailto:peter.eichenberger@claraspital.ch)

Frau Dr. phil. Hlavacek Gabriele  
 Leiterin Qualitätsmanagement  
 061 685 86 81  
[gabriele.hlavacek@claraspital.ch](mailto:gabriele.hlavacek@claraspital.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Die Qualitätsstrategie wird vom Verwaltungsrat und der Geschäftsleitung jährlich geprüft.

Diese basiert auf der Eignerstrategie des Instituts Ingenbohl. Die aktuelle Strategie der St. Clara Gruppe erstreckt sich über den Zeitraum 2018-2023.

Die St. Clara AG ist eine gemeinnützige privat geführte Spitalbetreiberin und bekennt sich zu den christliche Werten, die durch die Trägerschaft des Instituts Ingenbohl vertreten werden. Wichtige Grundpfeiler dieser Werte sind die Förderung der Menschenwürde, der menschlichen Solidarität sowie der Freiheit.

Eckpunkte der Strategie sind

- Das Claraspital bietet eine exzellente Gesundheitsversorgung in den Schwerpunkten (Bauch und Tumor), in den Spezialitäten Allg. Innere Medizin, /Endokrinologie, Urologie, Kardiologie, Pneumologie und Gynäkologie/gynäkologische Onkologie sowie in den Querschnittfunktionen. Das Claraspital betreibt eine Notfallstation, die gezielt ausgebaut und weiter professionalisiert wird.
- Das Claraspital hat den Anspruch in seinen Schwerpunkten führend zu sein und stellt einen unverzichtbaren Teil in der Gesundheitsversorgung der Nordwestschweiz dar. Dazu strebt das Spital die erforderlichen Zertifizierungen und ein kontinuierliches Wachstum an sowie die Zulassung sämtlicher Eingriffe der hochspezialisierten Medizin.
- Das Spital wird im Chefarztsystem geführt und steht für Patienten aller Versicherungsklassen offen.
- Das Claraspital genießt dank hochstehender medizinischer und pflegerischer Qualität einen sehr guten Ruf und möchte diesen mit ausgebauten Qualitätsmessungen und einer gezielten Kommunikation der Qualität in Zukunft weiter festigen.
- Das Claraspital nimmt seine universitäre und ausseruniversitäre Ausbildungs- und Weiterbildungsfunktion wahr.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

- Umsetzung "Clarunis - Universitäres Bauchzentrum Basel" als Kooperation zwischen Claraspital und Universitätsspital Basel
- Erstzertifizierung Prostatakrebszentrum nach DKG
- Re-Zertifizierung Viszeralonkologisches Zentrum mit Darmkrebs- und Pankreaskarzinomzentrum nach DKG
- Re-Zertifizierung der Hotellerie nach ISO 9001:2015
- Aufbau und Umsetzung des Begegnungszentrums CURA für chronisch Kranke, Angehörige und Interessierte
- Sensibilisierung der Mitarbeitenden zur Unternehmenskultur
- Durchführung einer Zuweiserbefragung
- Durchführung einer Mitarbeiterbefragung

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

- Erfolgreiche Umsetzung "Clarunis-Universitäres Bauchzentrum Basel"
- Erstzertifizierung Prostatakrebszentrum nach DKG
- Re-Zertifizierung Viszeralonkologisches Zentrum mit Darmkrebs- und Pankreaskarzinomzentrum nach DKG
- Re-Zertifizierung der Hotellerie nach ISO 9001:2015
- Die Workshops zu unseren Kulturkriterien haben zu einer Stärkung der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit geführt
- Aus der Zuweiserbefragung konnten entsprechende Massnahmen zur Stärkung der Zusammenarbeit definiert und umgesetzt werden
- Durchführung einer Mitarbeiterbefragung sowie Auswertung der Ergebnisse und Ableitung von Massnahmen
- Eröffnung des Begegnungszentrums CURA erfolgte planmässig im Januar 2020.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Aufrechterhaltung unserer Zentren-Zertifizierungen
- Weitere Organzentrenzertifizierungen
- Aufrechterhaltung der Zertifizierung ISO 9001:2015 in der Hotellerie
- Vermehrt patientenzentriertere Befragungen zur Lebensqualität
- Prozessoptimierungen bzw. Neugestaltung von Prozessen und Prozessaudits
- Weiterentwicklung von wichtigen Kooperationen auf Leistungserbringerseite
- Stärkung des Leistungsangebotes
- Umsetzung des Masterplans: Um- und Neubau
- Umsetzung von Vorgaben seitens Bund und Kanton
- Nachweise der geforderten Qualitätsindikatoren erbringen

## 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 Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

## 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:

- Kantonales Schwerpunktthema: „Interprofessionelle Zusammenarbeit“

### Bemerkungen

Als kantonales Schwerpunktthema 2018/2019 wurde vom Kanton Basel-Stadt das Thema Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) vorgegeben.

Das Claraspital hat im Rahmen seines Grossprojekts auf Spitalebene "Reibungsverluste minimieren" ein interdisziplinäres Projekt auf Stationsebene definiert: "Prozessoptimierung auf Bettenstationen". In diesem Projekt wurden fünf Handlungsfelder definiert und eines davon, der "Interdisziplinäre Informationsfluss", als kantonales Schwerpunktthema ausgewählt. Zielsetzung dieses Teilprojektes ist es, dass die relevanten Informationen korrekt vorliegen und nachweislich zum richtigen Zeitpunkt an den richtigen Ort fliessen, ohne dass Rückfragen erforderlich sind.

Dazu wurden im Rahmen des Projektes alle zugehörigen Verschwendungen/Inhalte im interdisziplinären Umfeld erhoben, analysiert und potentielle Lösungen entwickelt.

Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt hat vor dem Start und am Ende des Projektes jeweils eine Befragung bei allen Beteiligten in diesem Projekt durchgeführt.

Zum Abschluss des Schwerpunktthemas konnten im November 2019, am "Kantonalen Tag der Qualität der Kantone Basel-Stadt, Basel-Land und Solothurn", die Spitäler ihre Projekte präsentieren.

### 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>Angehörigenzufriedenheit</i>
▪ Feedback von Angehörigen
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterbefragung
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserbefragung

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
▪ Wiedereintritte innert 30 Tagen
<i>Operationen</i>
▪ Komplikationsstatistik
<i>Stürze</i>
▪ Sturzrate
<i>Wundliegen</i>
▪ Dekubituserfassung

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Interne Audits

<b>Ziel</b>	Verbesserung der Prozesse und Einhaltung von internen und externen Vorgaben
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2015
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Begehungen und Interviews
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erstellung eines Auditberichts und Massnahmenpläne. Evaluation über Managementreview.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Richtlinie Auditmanagement

##### Projektportfolio-Management

<b>Ziel</b>	Optimierung der Projektorganisation
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Geschäftsleitung
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019-2021
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Optimierung der Gesamtorganisation zu den strategischen, bereichsübergreifenden und -spezifischen Projekten
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Direktion, Ärzte, Pflege, Administration, Querschnittbereiche, IT, QM

##### Patientensicherheit

<b>Ziel</b>	Weiterentwicklung und Förderung der Sicherheitskultur sowie der Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2010
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Optimierung der Patienten- und Medikamentensicherheit im Haus
<b>Methodik</b>	Anhand von gezielten Patientensicherheitsprojekten wird das Thema jährlich weiterverfolgt

## CIRS - Umgang mit kritischen Zwischenfällen

<b>Ziel</b>	Weiterentwicklung des Umgangs mit kritischen Zwischenfällen und des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2007
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Vermeidung von patientenbezogenen Zwischenfällen
<b>Methodik</b>	Erfassung kritischer Zwischenfälle, Bearbeitung durch CIRS-Kommission - Definieren von Verbesserungsmassnahmen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	CIRS-Fälle werden anonymisiert für die Mitarbeitenden als Lerneffekt im Spital veröffentlicht. In der Patientensicherheits- und Qualitätskommission werden CIRS Meldungen thematisiert und je nach Bedarf Projekte initiiert.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Richtlinie zum Umgang mit kritischen Zwischenfällen

## Notfall 2020

<b>Ziel</b>	Modernisierte einheitliche interdisziplinäre Notfallstation
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Medizinische Klinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2018-2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Umzug in den Neubau, erweiterte Kapazitäten

## Interdisziplinäre Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

<b>Ziel</b>	Vorstellung und Besprechung von kritischen und unerwarteten Verläufen, der Aufarbeitung von Fehlern in der Behandlung, Erhöhung der Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Zentren
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2016
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Fallvorstellungen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte aller Disziplinen, Pflege, Therapeutische Berufe

## e-Learning

<b>Ziel</b>	Flexibilisierung der Wissensvermittlung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Human Resource und alle Bereiche
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019-2021
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Mitarbeitenden

## Begegnungszentrum CURA

<b>Ziel</b>	Informations- und Begegnungszentrum für chronisch Kranke, Angehörige und Interessierte
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtspital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019-2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Kontinuierliche Unterstützung von Betroffenen
<b>Methodik</b>	Vorträge, Wochenprogramme, Experteninformationen sowie Kurs- und Therapieangebote

## Datenschutz

<b>Ziel</b>	Einhaltung des Datenschutzes im Haus
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Sensibilisierung zum Umgang mit besonders schützenswerten Daten
<b>Methodik</b>	Überprüfungen zur Einhaltung des Datenschutzes in verschiedenen Bereichen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Gesetzliche Vorgaben, interner Datenschutzleitfaden

## Zuweisermanagement

<b>Ziel</b>	Zufriedenheit unserer Zuweiser
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Zuweisergewinnung und -bindung
<b>Methodik</b>	Fortbildungen, Workshops und Veranstaltungen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Direktion, Kommunikation und Zuweiser
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Workshops und Veranstaltungen, Befragungen
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Jährlicher interner Zuweisermanagement Bericht

## Patientenzufriedenheit - interne Patientenrückmeldungen

<b>Ziel</b>	Die Anliegen unserer Patienten kennen und Massnahmen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einfließen lassen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	seit 2002
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Erhöhung der Patientenzufriedenheit
<b>Methodik</b>	Erfassung und Auswertung eingegangener Patientenrückmeldungen aus dem ambulanten und stationären Bereich
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die individuellen Rückmeldungen zeigen Verbesserungs- und Optimierungsmöglichkeiten auf, die nach Abklärungen entsprechend umgesetzt werden können.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Richtlinie Umgang mit Wünschen und Beschwerden, Richtlinie Patientenzufriedenheit

## Händehygiene compliance

<b>Ziel</b>	Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Erhöhung der Patientensicherheit
<b>Methodik</b>	Erfassung der Händehygiene, Schulungen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Evaluation erfolgt durch die Verbrauchsmessung der Händedesinfektionsmittel und über Begehungen.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Hygienerichtlinien

## Erfassung des Ernährungsstatus

<b>Ziel</b>	Erfassung und Behandlung von Mangelernährung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2007
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Nutritionscore wird bei stationären Patienten erfasst
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	monatliches Monitoring der Erfassung
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Richtlinie Klinische Ernährung

## Kennzahlenreporting

<b>Ziel</b>	Monitoring der spitalinternen Kennzahlen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2010
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Überprüfung der Sollvorgaben
<b>Methodik</b>	Erfassung der monatlichen Kennzahlen aus den Abteilungen und Berichterstellung zH. der Geschäftsleitung und Abteilungsleitungen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle

## Verbesserungs- und Vorschlagwesen

<b>Ziel</b>	Erkennen und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2008
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Kontinuierliche Verbesserung
<b>Methodik</b>	Erfassen der Meldungen, Abklärung von Verbesserungsmöglichkeiten, Umsetzung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Evaluation über jährliches Managementreview
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Prozess Verbesserungsmanagement

## Patientendokumentationssystem - Notfall-Anästhesie-ICU

<b>Ziel</b>	Das PDMS soll als zentrale Fachapplikation für Intensivmedizin, Notfall und Anästhesie Schnittstellen sicherstellen und dadurch auch patientensicherheitsrelevante Prozesse wie z.B. eine durchgängige Medikation unterstützen und verbessern.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Operative und Medizinische Klinik, IT-Abteilung
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2018-2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

## Konzeption und Einführung komplementärmedizinischer Massnahmen

<b>Ziel</b>	Ziel ist der Einsatz passender und ausgewählter komplementärmedizinischer Massnahmen zur Unterstützung der Lebensqualität der Patienten und Patientinnen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Medizinische Klinik, Pflegedienst, therapeutische Berufe, Zentrale Dienste
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2018-2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

## Digitalisierung ambulante Onkologie und Hämatologie

<b>Ziel</b>	Einführung einer papierlosen Dokumentation und Optimierung der Prozesse hinsichtlich Qualität und Effizienz
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ambulatorium Onkologie und Hämatologie
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2019-2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

## Optimierte Tagespläne für Patientinnen und Patienten

<b>Ziel</b>	Das Ziel der Optimierung ist, unseren Patienten eine hilfreiche und verlässliche Orientierung über die Struktur eines jeweiligen Tages zu geben und die dazu notwendigen Informationen transparent und nachvollziehbar darzustellen.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Kliniken, Pflegedienst, Querschnittbereiche, IT-Abteilung
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2019-2020

## Effizientes Berichtswesen

<b>Ziel</b>	Keine Medienbrüche in der Erstellung und im Versand von Berichten, Sicherstellen der gesetzlichen Anforderungen an den Datenschutz, Harmonisierung der Prozesse und damit auch eine bessere Prozesseffizienz im Berichtsmanagement intern und extern
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Bereiche des Spitals
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2020-2021

## Optimierung des Bettenmanagements

<b>Ziel</b>	Durch die Optimierung der Bettenmanagementprozesse sollen reibungslose, effiziente und effektive Abläufe sichergestellt werden.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Pflege, med. Bereiche, IT-Abteilung
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2019-2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

## Enhanced recovery after surgery (ERAS)

<b>Ziel</b>	Reduktion von Komplikationen, Hospitalisationsdauer und Erhöhung der Patientenzufriedenheit über den Spitalaufenthalt hinaus
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Viszeralchirurgie (Clarunis)
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2020-2021
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

## Universales Bildarchiv

<b>Ziel</b>	Aufbau eines universalen Bildarchivs für sämtliche medizinischen Bilddaten im St.Claraspital
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Kliniken, Querschnittbereiche, IT-Abteilung
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019-2021
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2007 ein CIRS eingeführt.

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

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

##### **Bemerkungen**

Das CIRS-Team wurde 2019 durch je eine ärztliche Vertretung der medizinischen und der chirurgischen Klinik verstärkt. Somit können die Wege und das Erkennen von latenten Systemfehlern kurz und die Expertise beim Analysieren von sehr fachspezifischen Fragestellungen hoch gehalten werden.

Alle CIRS-Meldungen werden in der CIRS-Kommission bearbeitet, bei Bedarf weiter abgeklärt und wenn nötig Massnahmen initiiert. Die vom CIRS-Team eingeleiteten Massnahmen werden via internes Verbesserungssystem weitergeleitet und somit zur Umsetzung gebracht.

In den Sitzungen der Qualitätskommission wird regelmässig zum CIRS berichtet.

In Intranet können unsere Mitarbeitenden anonymisierte CIRS-Meldungen inkl. Massnahmen im Sinne eines lernenden Systems nachlesen.

## 4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/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>	seit Beginn der Erhebung
<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>	2011
<b>Anatomische Resektionen Register</b> Register der Anatomischen Resektionen der schweizerischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie	Thoraxchirurgie	Adjumed Services AG, Zürich <a href="http://thoraxchirurgie.ch/">thoraxchirurgie.ch/</a>	2017
<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, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	Viszeralchirurgie seit 2010, HSM A: seit 2011, Thoraxchirurgie seit 2017
<b>CHPACE WEB</b> Datenbank der implantierten Schrittmacher und Defibrillatoren sowie der Ablationen	Kardiologie	Stiftung für Herzschrittmacher und Elektrophysiologie <a href="http://www.pacemaker-stiftung.ch">www.pacemaker-stiftung.ch</a>	seit Beginn der Erhebung
<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>	wird gemeldet
<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>	2006

<b>MS</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	seit 2005
<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>	seit August 2016
<b>PCI Register</b> National PCI Register	Kardiologie	Arbeitsgruppe interventionelle Kardiologie schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie <a href="http://www.ptca.ch">www.ptca.ch</a>	seit Beginn der Erhebung
<b>SIBDCS</b> SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie <a href="http://ibdcohort.ch/">http://ibdcohort.ch/</a>	seit Beginn der Erhebung
<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>	2003
<b>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch">www.smob.ch</a>	2011
<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>Swiss PH Registry</b> Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG <a href="http://www.sgph.ch">www.sgph.ch</a>	2002
<b>SwissNET</b> Schweizer Register für neuroendokrine Tumore	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie	Verein SwissNET <a href="http://swissnet.net">swissnet.net</a>	Meldung NET seit 2014
<b>VisHSM</b> Register für Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	Chirurgie	Adjumed Services AG <a href="http://www.adjumed.net/vis/">www.adjumed.net/vis/</a>	seit 2014
<b>KRBB</b> Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft	Alle	<a href="http://www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/organisation/bewilligungen-und-support/krebsregister.html">www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/organisation/bewilligungen-und-support/krebsregister.html</a>	1969

## 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
Viszeralonkologisches Zentrum nach DKG (Darm- und Pankreaszentrum)	Bauch- und Tumorzentrum, Querschnittbereiche, Pflege, QM	2016	2019	
Prostatakrebszentrum nach DKG	Operative Klinik, Tumorzentrum, Querschnittbereiche, Pflege, QM	2019	2019	
ISO 9001:2015	Gesamte Hotellerie inkl. Rezeption, Reinigung, Hauswirtschaft	2019	2019	
Zertifizierte ICU nach den Richtlinien der SGI	ICU	2006	2018	
QUALAB - externe Qualitätskontrolle Labor	Labor	2014	2019	

# **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 2018 (CI* = 95%)
	2016	2017	
<b>St. Claraspital</b>			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.41	4.48	4.44 (4.36 - 4.52)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.67	4.74	4.70 (4.62 - 4.79)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.72	4.68	4.72 (4.64 - 4.79)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.61	4.66	4.63 (4.52 - 4.73)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.21	4.25	4.22 (4.12 - 4.32)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	91.20 %	93.90 %	91.30 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2018			590
Anzahl eingetreffener Fragebogen	315	Rücklauf in Prozent	53 %

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

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

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

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

Die Auswertung weist zu den Vergleichsspitälern sowie zu der entsprechenden BfS-Kategorie ein sehr gutes Ergebnis aus und zeigt ein ähnliches Ergebnis wie zu den Vorjahren.

**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 (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2018 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenbefragung mit Mecon

Seit 2012 führt das Claraspital eine permanente Patientenbefragung mit der Firma Mecon durch. Dabei werden jährlich 1800 stationäre Patienten mittels einem validierten Fragebogen zu ihrer Zufriedenheit befragt.

Zusammen mit den Ergebnissen aus der nationalen ANQ Patientenzufriedenheitserhebung und unserem internen Fragebogen "Ihre Meinung zählt" können wir daraus einen Gesamteindruck zur Patientenzufriedenheit im Claraspital erhalten.

Damit die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen aus der Patientenbefragung auch zum Tragen kommt, hat das Claraspital beschlossen, diese Zufriedenheitsbefragung im 2-Jahresrhythmus durchzuführen. Die nächste permanente Befragung findet 2020 statt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.  
Die nächste Patientenbefragung erfolgt im Jahr 2020.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mecon-Standardfragebogen

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**St. Claraspital**

Qualitätsmanagement

Dr. phil. Gabriele Hlavacek

Leiterin Qualitätsmanagement

061 685 86 81

[gabriele.hlavacek@claraspital.ch](mailto:gabriele.hlavacek@claraspital.ch)

Montag bis Freitag

## 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 Eigene Befragung

#### 6.1.1 Feedback von Angehörigen

Das Claraspital führt keine gezielte Angehörigenbefragung durch. Angehörige haben ebenso wie unsere Patienten die Möglichkeit über unser Feedbackformular "Ihre Meinung zählt" ihre Anliegen mitzuteilen. Jede Rückmeldung wird bearbeitet und schriftlich beantwortet.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.  
Gesamtes Spital

Alle Anliegen von Angehörigen, die wir über unser Feedbackformular erhalten, werden umgehend bearbeitet und beantwortet. Eine gezielte Auswertung führen wir nicht durch.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Feedbackformular "Ihre Meinung zählt"

## 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 Mitarbeiterbefragung

Die Zufriedenheit unserer Mitarbeitenden ist uns sehr wichtig. Damit wir mehr über die Befindlichkeiten und Anliegen unserer Mitarbeitenden erfahren, führen wir alle 4-5 Jahre eine Mitarbeiterbefragung durch. So können wir mehr auf die Bedürfnisse unserer Mitarbeitenden eingehen und einen entsprechend attraktiven Arbeitsplatz anbieten.

Die Mitarbeitenden konnten folgende Themenbereiche / Dimensionen bewerten:

- Rahmenbedingungen / Arbeitstätigkeiten und -bedingungen, Arbeitsplatzsituation, Anstellungsbedingungen, Weiterbildung, Coaching
- Führung direkter Vorgesetzter / persönliche Beziehung, Führungs- und Fachkompetenz
- Unternehmenskultur / Identifikation mit unseren Werten, Unterstützung von Engagement, Frage nach dem guten Ruf des Spitals bei Patienten und Mitarbeitern
- Zusammenarbeit, Prozesse / Zusammenarbeit, Prozesse und Abläufe, Arbeit am Patient, Engagement
- Klima, persönliches Befinden / Arbeitsklima im Team, pers. Befinden

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom August bis September 2019 durchgeführt.

An der Befragung haben alle Bereiche und Abteilungen teilgenommen.

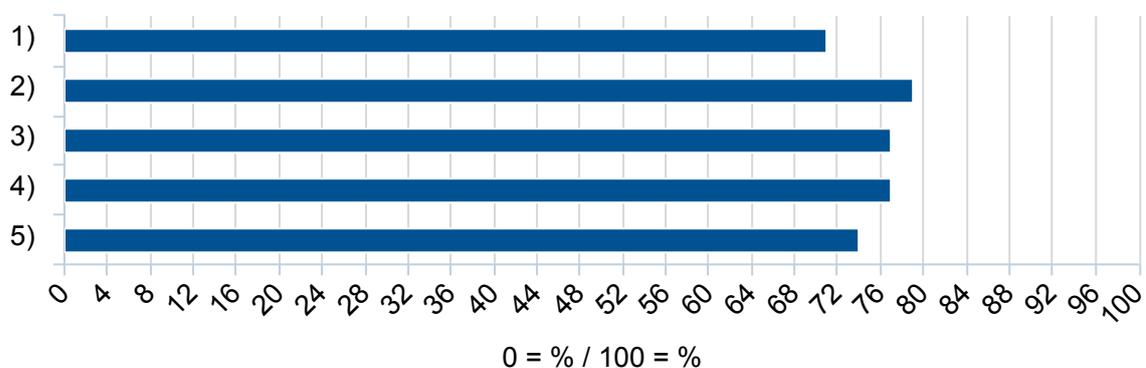
Eingeschlossen in die Befragung wurden alle Berufsgruppen:

Ärzte, Pflege, Medizinisch-technische Mitarbeitende, Medizinisch-therapeutische und beratende Mitarbeitende, Medizinische Sekretariate, Hotellerie, Technik und Logistik sowie Administration/Verwaltung

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Messthemen

- 1) Rahmenbedingungen
- 2) Führung direkter Vorgesetzter
- 3) Unternehmenskultur
- 4) Zusammenarbeit, Prozesse
- 5) Klima, persönliches Befinden



■ St. Claraspital

Messergebnisse in Zahlen							
	Mittelwerte pro Messthemen					Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)	3)	4)	5)		
St. Claraspital	71.00	79.00	77.00	77.00	74.00	816	74.00 %

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

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Mit dem Ergebnis der durchgeführten Mitarbeiterbefragung können wir sehr zufrieden sein. 74% der Mitarbeitenden haben an dieser Befragung teilgenommen und damit eine repräsentative Auswertung ermöglicht.

Die Mitarbeitenden des Claraspitals sind insgesamt mit den Arbeitsbedingungen sehr zufrieden und positionieren sich im Vergleich mit den anderen Spitälern in einer Spitzenposition. Dies zeigt sich insbesondere bei den Fragen zur Unternehmenskultur, Arbeit am Patienten sowie bei den Prozessen und Abläufen. So beurteilen die Mitarbeitenden die Frage zur Unternehmenskultur z.B. "Identifikation mit unseren Werten" mit 87% (Range: 81%-97% in den Bereichen), zum "Guten Ruf des Spitals bei Patienten" mit 98% (Range: 95%-100%) oder "Abläufe sind klar definiert" mit 86% (Range: 77%-92%). Ebenfalls sehr hoch wird die "Weiterempfehlung zur Behandlung" mit 94% (Range: 89%-98%) oder die "Weiterempfehlung als Arbeitgeber" mit 84% (Range: 74%-89%) bewertet.

Seit der letzten Befragung konnte die bereits hohe Zufriedenheit in den meisten Themenbereichen nochmals gesteigert werden. Somit können wir seit 2010 eine stete Verbesserung mit unserer Mitarbeiterzufriedenheit verzeichnen.

Die Mitarbeiterbefragung gibt aber auch Hinweise auf Themen, die Verbesserungspotentiale erkennen lassen und dementsprechend auch Massnahmen abgeleitet werden können.

Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung wurde in allen Abteilungen jeweils mit den Vorgesetzten besprochen und entsprechende Massnahmen definiert. Diese Massnahmenplanung wurde in einer Geschäftsleitungssitzung besprochen und die Umsetzung der Massnahmen ist bis Dezember 2021 vorgesehen.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	QM Riedo
Methode / Instrument	QM Riedo-Fragebogen

## 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 Zufriedenheit und eine gute Zusammenarbeit mit unseren Zuweisern ist uns sehr wichtig. Damit wir über die Bedürfnisse und Anliegen unserer Zuweiser mehr erfahren, führen wir regelmässig eine Befragung durch.

Die letzte Befragung hat im Jahr 2016 stattgefunden. Turnusgemäss wurde 2019 eine erneute Befragung durchgeführt. In beiden Befragungen sind die Bewertungen jeweils insgesamt sehr positiv ausgefallen.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat Januar durchgeführt.

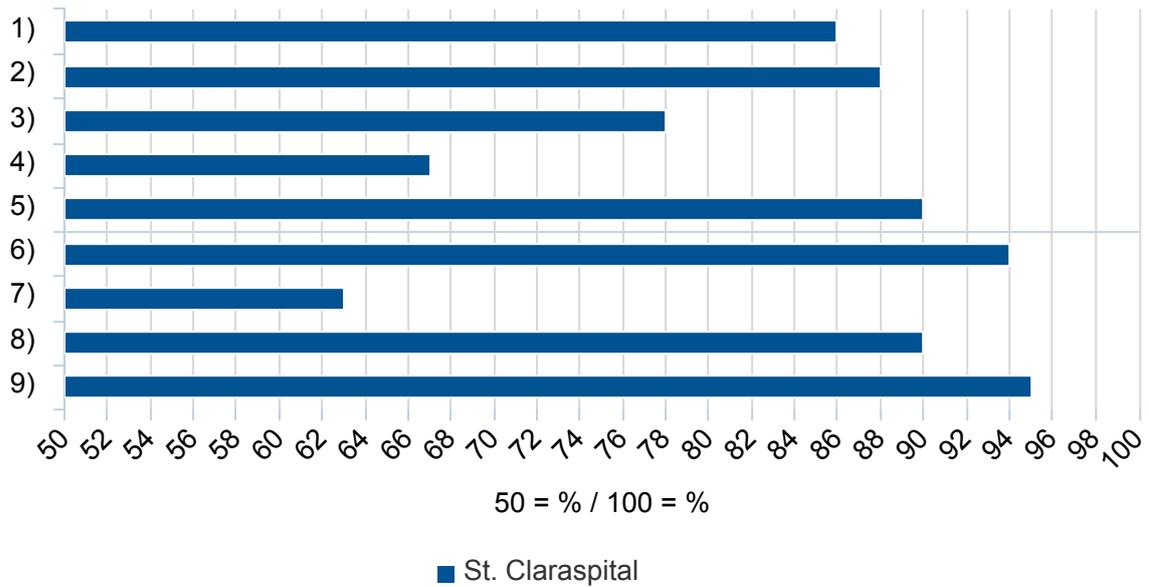
Für die Zuweiser-Zufriedenheitsbefragung haben wir vor allem jene Zuweiser kontaktiert, die in eines unserer Zentren zuweisen.

Im Befragungszeitraum haben wir 323 Zuweiser einen Zufriedenheitsfragebogen zugestellt, die in eines unserer Zentren (Darmkrebs-, Pankreaskrebs-, Prostatakrebszentrum) oder in die Gynäkologische Onkologie zugewiesen haben.

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Fachthemen

- 1) Zuweisungsverfahren
- 2) Zuständigkeiten und Abläufe
- 3) Informationen über Patient
- 4) Zusammenarbeit Patientenbetreuung
- 5) Zusammenarbeit / persönlicher Austausch
- 6) Medizinische Leistung
- 7) Austrittsplanung / Rücküberweisung
- 8) Austrittsberichte
- 9) Gesamturteil / Image



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fachthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
St. Claraspital	86.00	88.00	78.00	67.00	90.00

Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Fachthemen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)	9)		
St. Claraspital	94.00	63.00	90.00	95.00	101	31.00 %

**Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**

Unsere Zuweiser beurteilen das Claraspital gesamthaft sowie auch die einzelnen Zentren sehr gut. Die Gesamtzufriedenheit wird mit 84.4% ausgewiesen und die Zufriedenheit mit unseren Zentren zwischen 82.9%-93.7%.

Im Vergleich zur Zuweiserbefragung 2016 konnte das sehr gute Bewertungsniveau gehalten bzw. in einigen Themenbereichen auch gesteigert werden.

Hervorzuheben aus der Befragung sind folgende Beurteilungen:

- 100% bestätigen den "Guten Ruf des Claraspitals in der Öffentlichkeit"
- 98% würden "bei entsprechender Diagnose das Claraspital wählen"
- 97% bestätigen die "Allgemeine Zufriedenheit mit dem Claraspital"

Die Befragungsergebnisse weisen auch auf Verbesserungspotentiale hin, wie bspw. zu Optimierungsmöglichkeiten bei der Terminvergabe, zum Informationsfluss gegenüber den Zuweisern oder zur Austrittsplanung. Diese Themen haben wir in unserem Zuweisermanagement zur Bearbeitung aufgegriffen, z.B. das Projekt "optimiertes Berichtswesen".

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	QM Riedo
Methode / Instrument	QM Riedo-Fragebogen

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

#### Messergebnisse

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/).

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

#### Begründung

Das Claraspital verzichtet auf eine Publikation, da die Ergebnisse der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen auf der Website des ANQ publiziert sind. (<https://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.

## 9.2 Eigene Messung

### 9.2.1 Wiedereintritte innert 30 Tagen

Das Claraspital führt eine interne Erhebung zu Wiedereintritten innert 30 Tagen durch. Dabei werden jene Patienten erfasst, die innerhalb dieses Zeitraums aufgrund einer Komplikation oder einer Verschlechterung der Grunderkrankung wieder ins Spital eintreten.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Die Auswertung erfolgt über die Notfalleintritte und somit sind alle Abteilungen eingeschlossen.

Alle Patienten, die innert 30 Tagen mit dem Wiedereintrittsgrund "Verschlechterung der Erkrankung" oder "Komplikation" aufgenommen wurden, sind in diese Auswertung eingeschlossen.

Ausgeschlossen sind verstorbenen Patienten, elektive Eintritte und Patienten mit neuer Diagnose.

Die Wiedereintritte innert 30 Tagen liegen 2019 bei 4.8% und damit unter unserem internen Vorgabesoll von < 5.0%.

Die Wiedereintrittsrate liegt auf ähnlichem Niveau wie im Vorjahr (4.6%).

Bei der Überprüfung der Wiedereintritte zeigt sich, dass es aufgrund der therapeutisch bedingten Komplikationen durch z.B. Chemotherapien zu vermehrten Wiedereintritten kommen kann, zumal diese Wiedereintritte zugunsten des Wohlbefindens der Patienten bei uns eher grosszügig gehandhabt werden. Die Wiedereintritte von Patienten mit komplexen palliativen Krankheitssituationen sind weiterhin jene Patienten, die in der Onkologie am häufigsten eine Rehospitalisation benötigen und dies teilweise mehrfach im Monat.

Ebenso wurden viele polymorbide ältere Patienten, welche je nach Problematik sowohl kardiologische, endokrinologische, onkologische oder pneumologische Therapien benötigen, erneut wieder aufgenommen.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 10 Operationen

### 10.1 Eigene Messung

#### 10.1.1 Komplikationsstatistik

Im Rahmen der monatlichen Fallbesprechung der Komplikationsstatistik werden auch potentiell vermeidbare Reoperationen besprochen und analysiert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

An den Fallbesprechungen nehmen u. a. die Fachbereiche Viszeralchirurgie und Urologie teil.

Die Besprechung der Komplikationsstatistik erfolgt monatlich im Rahmen der ärztlichen Konferenzen und die Daten dienen der internen Qualitätsverbesserung.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 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
▪	*** Dickdarmoperationen (Colon)

#### Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 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>St. Claraspital</b>						
Gallenblasen-Entfernungen	253	4	1.10%	0.80%	0.00%	1.60% (0.40% - 4.00%)
Blinddarm-Entfernungen	121	4	0.00%	0.00%	3.10%	3.30% (0.90% - 8.20%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	297	35	4.50%	8.60%	10.40%	11.80% (8.30% - 16.00%)

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die Spital- bzw.

klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

#### Messergebnisse

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

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

#### Begründung

Das Claraspital verzichtet auf eine Publikation, da die Ergebnisse zur Prävalanzmessung Sturz auf der Website des ANQ ([www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/)) publiziert sind.

Das Claraspital erhebt auch intern die monatliche Sturzrate.

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

## 12.2 Eigene Messung

### 12.2.1 Sturzrate

Erfassung eines Sturzereignisses während des Spitalaufenthalts.

Alle Stürze werden in einem Sturzprotokoll erfasst, reflektiert und von Pflegeexperten evaluiert. Bei Bedarf werden zeitnah Optimierungsmassnahmen eingeleitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Sturzereignisse werden auf allen Bettenstationen erfasst, dabei ausgenommen ist die Erfassung auf der Intensivstation.

Auf den Bettenstationen wurde 2019 eine interne Sturzrate von 3.6 auf 75'847 Pflergetagen ausgewiesen.

Damit liegt die Sturzrate ähnlich wie zum Vorjahr (3.4) und auch unter unserem internen Vorgabesoll von < 4.0.

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die kontinuierliche Evaluation von Stürzen und der Sturzrate wird von Fachexperten durchgeführt und bei Bedarf werden geeignete Massnahmen eingeführt bzw. angepasst. Nach jedem Sturzereignis finden Evaluationsbesprechungen statt und zur Steigerung der Sensibilisierung unserer Mitarbeitenden werden Stürze zeitnah auch im Rahmen des Pflegerapports oder der Teambesprechung aufgearbeitet.

Das Safety Cross für die Visualisierung der erfolgten Stürze auf den Stationen wurde implementiert und wird täglich geführt. Ebenso werden Frühmassnahmen bei Eintritt von sturzgefährdeten Patienten über 70 Jahre oder Patienten mit unklarem Sturzrisiko individuell umgesetzt.

Die Sturzfortbildung wurde evaluiert und ist ab 2020 im Rahmen des Einführungstages für neue Mitarbeitende in der Pflege verpflichtend sowie für alle Pflegenden zur Weiterbildung offen. Ziel ist, dass 80% der Mitarbeitenden alle zwei Jahre zum Thema Sturz geschult werden.

Für 2020 ist ein Pflegefachaudit zum Thema Sturzprophylaxe geplant.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzprotokoll
---	----------------

## 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 (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

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

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

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

#### Messergebnisse

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/).

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

#### Begründung

Die Messergebnisse zur nosokomialen Dekubitusprävalenz sind auf der ANQ-Webseite einsehbar unter:

<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/>

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

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

## 13.2 Eigene Messungen

### 13.2.1 Dekubituserfassung

Auf den Bettenstationen wird von den Pflegefachpersonen das Dekubitusrisiko bei jedem Patienten eingeschätzt und regelmässig neu beurteilt.

Alle dekubitusgefährdeten Patienten erhalten eine Dekubitusprophylaxe, die eine Entstehung verhindern soll.

Mit jeder Bettenstation ist in Abhängigkeit der Fachrichtung eine stationsbezogene Kennzahl zur Dekubitusinzidenz vereinbart.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Die Erfassung findet auf den Bettenstationen statt.

Interne Auswertung zur Dekubitus-Inzidenz 2019 :

Kategorie 1-4: 0.9%

Kategorie 2-4: 0.6% auf 13'977 behandelte Fälle

Die Inzidenz zeigt sich ähnlich wie im Vorjahr (1.0%/0.5%) und liegt deutlich unter unserem internen Vorgabewert von <3.0%.

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Mitarbeitenden sind in Bezug auf Dekubitusprophylaxe sehr sensibilisiert und werden durch regelmässige Schulungen und kontinuierliche Evaluation der Dekubiti durch die Fachexperten unterstützt.

Jeder Dekubitus wird durch Fachexperten evaluiert und die geplanten Massnahmen bei Bedarf angepasst oder neue Massnahmen eingeleitet. Es findet ein monatliches Reporting statt.

Das Safety Cross für die Visualisierung des intern entstandenen Dekubitus auf den Stationen ist implementiert und wird täglich geführt.

Die Fortbildung zu Dekubitus und Wundmanagement wurde evaluiert und für 2020 angepasst.

Ziel ist es, dass 80% der Mitarbeitenden alle zwei Jahre zum Thema Dekubituts geschult werden.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Begegnungszentrum CURA

##### **Begegnungszentrum CURA für chronisch Kranke, Angehörige und Interessierte**

Mit der Gründung des gemeinnützigen Begegnungszentrums CURA will das Claraspital und die weiteren Träger neben der bereits vorhandenen kompetenten medizinischen Akutversorgung im Spital ein niederschwellig zugängliches, patientenzentriertes, wirksames und nachhaltiges Betreuungs- und Beratungsangebot schaffen.

##### **Ziel**

- Die Resilienz von chronisch Kranken zu erhöhen
- Eine Entlastung deren Umfelds zu ermöglichen
- Existentiellen Verunsicherungen durch kompetente Beratung und Betreuung entgegenzutreten
- Die Lebensqualität sowie Autonomie der Betroffenen verbessern

##### **Involvierte Berufsgruppen**

- Medizinische Bereiche, Therapeutisches Personal, Administration

##### **Umsetzung**

- Räumlicher Aufbau des Zentrums
- Schaffung der entsprechenden Strukturen und Prozesse
- Mitarbeiterrekrutierung
- Akquirierung weiterer externer Beteiligter

##### **Evaluation**

- laufende Messungen und Befragungen

##### **Projektabschluss**

- Eröffnung des Begegnungszentrums CURA im Januar 2020

## 18.1.2 e-Learning

### **Einführung e-Learning**

#### **Ziel**

- Einführung einer e-Learning Plattform im Claraspital, welche Mitarbeitenden flexibel zur Verfügung steht
- Flexibilisierung der Wissensvermittlung
- Vermitteln von Compliance- und Pflichtthemen durch einfache Methodik

#### **Involvierte Berufsgruppen**

- Human Resources
- alle Bereiche

#### **Umsetzung**

- Einsatz eines entsprechenden Tools
- Schrittweise Einführung

#### **Evaluation**

- Messungen / Befragung

#### **Projektabschluss**

- Ende 2021

### 18.1.3 Notfall 2020

#### **Notfall 2020**

##### **Ziel**

Mit Umzug in den Neubau wird die bisherige Notfalleinheit weiter ausgebaut mit folgenden Fokus auf:

- klare Führungsstrukturen
- validiertes Triage System
- durchgehend verantwortliches Facharztteam
- umfassendes Patientenleitsystem
- patientennahe Administration
- einheitliches prozessorientiertes Vorgehen

##### **Involvierte Berufsgruppen**

- Team Notfall (Ärzte und Pflege)
- Administration
- IT-Abteilung/Technik

##### **Umsetzung**

- Umsetzung im Rahmen eines umfassenden Projektmanagements mit externer Begleitung und Workshops
- Schrittweise Umsetzung von einzelnen Zielen und Projektthemen seit 2018
- Projektabschluss 2020

##### **Evaluation**

- Projektabschluss 2020
- Leistungsmessungen, Befragungen

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

### 18.2.1 Ethikforum

Mit der Gründung des Ethikforums will das Claraspital dem gesamten Spitalpersonal eine Organisationseinheit zur Verfügung stellen, die:

- a) das Interesse für ethische Fragen weckt.
- b) bei der Lösung klinisch-ethischer Dilemmata Unterstützung bietet.
- c) METAP als konzeptionelles und methodisches Instrument anwenden und dieses in der Auseinandersetzung mit klinisch-ethischen Fragen als Hilfsmittel einsetzt.

#### **Projekttablauf**

- IST-Erfassung
- Erstellung aller notwendigen Strukturen und Prozesse durch eine interdisziplinäre Projektgruppe
- Pilotphase und Evaluation
- Einführung im gesamten Spital

#### **Involvierte Berufsgruppen**

- Ärzte, Pflege, Therapeutisches Personal

### 18.2.2 Aufbau Prostatakrebszentrum

#### **Ziel**

- Das Claraspital bündelt die Kompetenz verschiedener Spezialitäten in einem Zentrum, um den Patienten die bestmögliche Behandlung nach dem neuesten Wissensstand anzubieten.

#### **Ablauf**

- Etablierung der vorgegebenen Leitlinien der DKG durch ein interdisziplinäres Projektteam
- Erfassung von Qualitätsindikatoren

#### **Involvierte Berufsgruppen**

- Ärzte, Pflege, therapeutisches Personal

#### **Projektelevaluation**

- Mit einer erfolgreichen Zertifizierung 2019 durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) wurde das Zertifizierungsprojekt Prostatzentrum abgeschlossen.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Zertifizierung Brustkrebszentrum

- Umsetzung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und der Schweizer Krebsliga
- Organisation der interdisziplinären Abläufe
- Durchführung von interdisziplinären Tumorkonferenzen
- Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern
- Erfassung und Monitoring der Kennzahlen

### 18.3.2 Zertifizierung Speiseröhrenkrebszentrum

- Umsetzung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft
- Organisation der interdisziplinären Abläufe
- Durchführung von interdisziplinären Tumorkonferenzen
- Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern
- Erfassung und Monitoring der Kennzahlen

### 18.3.3 Aufrechterhaltung der Zertifizierungen

#### **Aufrechterhaltung ISO 9001 für die Hotellerie und DKG Zentren-Zertifizierungen**

- Jährliche Definition und Umsetzung von Qualitätszielen
- Durchführung einer jährlichen Managementbewertung
- Sicherstellung der Aktualität von Dokumenten
- Durchführung von internen Audits
- Schulung und Information von Mitarbeitenden zur Qualitätspolitik und aktuellen Qualitätsthemen
- Erfüllen der Kennzahlen und Vorgaben nach der DKG

## 19 Schlusswort und Ausblick

Das Claraspital wird sich gemäss seiner Strategie und der Konzentration auf seine Schwerpunkte und Spezialitäten stetig weiterentwickeln.

Kooperationen werden auch in Zukunft deutlich mehr an Bedeutung gewinnen und mit der Inbetriebnahme des universitären Bauchzentrums Clarunis wurde bereits ein erster Meilenstein gesetzt.

Die St. Clara Forschung AG sichert eine nachhaltige und patientenbezogene Forschung, die es zu einer stetigen Weiterentwicklung der medizinischen Bereiche benötigt.

Wir werden weiterhin die Qualität unserer Leistungen steigern sowie die erforderlichen Zertifizierungsvorgaben in unseren Schwerpunkten erfüllen.

Es ist uns ein grosses Anliegen, die heute bestehende Qualität weiter zu gewährleisten und auszubauen. Dazu zählen wir unsere seit Jahren stabile Patientenzufriedenheit, die wir trotz steigender Patientenzahlen halten können.

Wir legen grossen Wert auf eine erfolgreiche und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnern, Zuweisern sowie nachgelagerten Institutionen und werden diese weiter pflegen.

Die Realisierung der Bauvorhaben schreitet voran. Nach der Fertigstellung des Neubaus Hirzbrunnen 2020 werden dort u.a. die Notfallstation sowie die Operationssäle untergebracht sein und desweiteren Rehabilitationsleistung angeboten.

Das Claraspital erfüllt die geforderten Qualitätsnachweise vom Verein für Qualitätsentwicklung in Kliniken und Spitälern (ANQ), von H+ Die Spitäler der Schweiz und dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt.

Ebenso werden die internen qualitativen und quantitativen Vorgaben aus der Unternehmensplanung erfüllt, um den hohen Qualitätsstandard weiterzuführen.

## 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
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
<b>Gefässe</b>
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
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
Polysomnographie
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin

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

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/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).