

Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

Mai 2023
Anton Schmid, CEO

Version 1



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 2022.

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 2022

Ulrike Sollmann
Leitung Qualitäts-, Prozess-, Rückmeldungs- und Leanmanagement
0628389379
ulrike.sollmann@ksa.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitatsgeschehen

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken auch in herausfordernden Zeiten zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen, mit der H+ Qualitatsberichtsvorlage, eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

Die Covid-19-Pandemie hatte im Jahr 2022 weiterhin einen Einfluss auf die Spitäler und Kliniken. Zur Entlastung wurde während der anspruchsvollen Wintermonate die nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen ausgesetzt. Die Messungen der Wundinfektionen, mit und ohne Implantate, konnten zudem erstmals zeitgleich durchgeführt werden.

Der ANQ konnte die nationalen Patientenzufriedenheitsbefragungen, die nun pro Fachbereich jeweils im Zweijahres-Rhythmus stattfinden, in der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgreich durchführen. In der Akutsomatik fand im Jahr 2022 regulär keine nationale Befragung statt.

Im Jahr 2022 hat sich der ANQ zu einem Methodenwechsel bei der Erfassung von Rehospitalisationen entschieden. Neu werden diese mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ausgewertet. Erste Ergebnisse, basierend auf den BFS-Daten 2021, werden dann im Qualitätsbericht 2023 ausgewiesen.

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken, in der aktuellen Berichtsvorlage, erstmals die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten.

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

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	12
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	14
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	15
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	20
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	21
4.5 Registerübersicht	23
4.6 Zertifizierungsübersicht	26
QUALITÄTSMESSUNGEN	29
Zufriedenheitsbefragungen	30
5 Patientenzufriedenheit	30
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	30
5.2 Eigene Befragung	32
5.2.1 Elektronische Patientenbefragung	32
5.3 Beschwerdemanagement	33
6 Angehörigenzufriedenheit	34
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik	34
7 Mitarbeiterzufriedenheit	36
7.1 Eigene Befragung	36
7.1.1 Fokus-Befragung	36
8 Zuweiserzufriedenheit	38
8.1 Eigene Befragung	38
8.1.1 Zufriedenheitsumfrage 2021	38
Behandlungsqualität	40
9 Wiedereintritte	40
9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen	40
10 Operationen	42
10.1 Hüft- und Knieprothetik	42
11 Infektionen	44
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	44
12 Stürze	47
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	47
13 Dekubitus	49
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	49
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	51
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	51
14.1.1 Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen	51
15 Psychische Symptombelastung	

	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16	Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
18	Projekte im Detail	52
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	52
18.1.1	Pilotprojekt PROMs	52
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022	52
18.2.1	PREM	52
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	53
18.3.1	Onkologiezentrum Mittelland	53
18.3.2	Pflege Bereich Chirurgie	53
18.3.3	Institut für Pathologie	53
18.3.4	Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	53
18.3.5	RQS Zertifizierung Spitalpharmazie	53
18.3.6	Medical Base Approved by Swiss Olympics	53
19	Schlusswort und Ausblick	54
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	55
	Akutsomatik	55
	Herausgeber	58

1 Einleitung

Kantonsspital Aarau - für alle da, für alle nah 24/7!

Die Kliniken, Institute und Abteilungen der KSA Gruppe versorgen die Bevölkerung rund um die Uhr mit medizinischen Leistungen, von der Grundversorgung, über die spezialisierte bis hin zur hochspezialisierten Medizin.

An der KSA Gruppe sind über 5'390 Fachpersonen aus Diagnostik, Medizin, Pflege, Therapie und anderen Berufsbereichen jährlich für über 32'200 stationäre sowie über 787'330 ambulante Behandlungen verantwortlich. Eine medizinische Versorgung, die von Kompetenz und Effizienz geprägt ist und zugleich ein Höchstmass an Flexibilität bietet.

Das KSA gehört mit über 125 Jahren Tradition zu den führenden Spitälern der Schweiz. Dabei steht die Erbringung einer verlässlichen, qualitativ hochstehenden Behandlung für alle Patientinnen und Patienten stets im Fokus.

Der Neubau "Dreiklang" schreitet voran. Es entsteht ein neues, hochmodernes Spital, in welchem mit hoher Präzision und grosser Kompetenz zukünftig gearbeitet wird. Mittels projektbezogenem Qualitätsmanagement (PQM) wird sichergestellt, dass die einschlägigen Normen und Vorgaben eingehalten werden. QVZA- Pläne (Qualifizierung, Validierung, Zertifizierung, Anerkennung) sichern das Vorhaben zusätzlich ab.

Am 11. März 2022 wurde die Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie) vom Bundesrat verabschiedet. Auf Basis der neuen Qualitätsstrategie wurden die Vierjahresziele des Bundesrates sowie die Jahresziele der EQK für die Qualitätsentwicklung festgelegt (Art. 58 KVG).

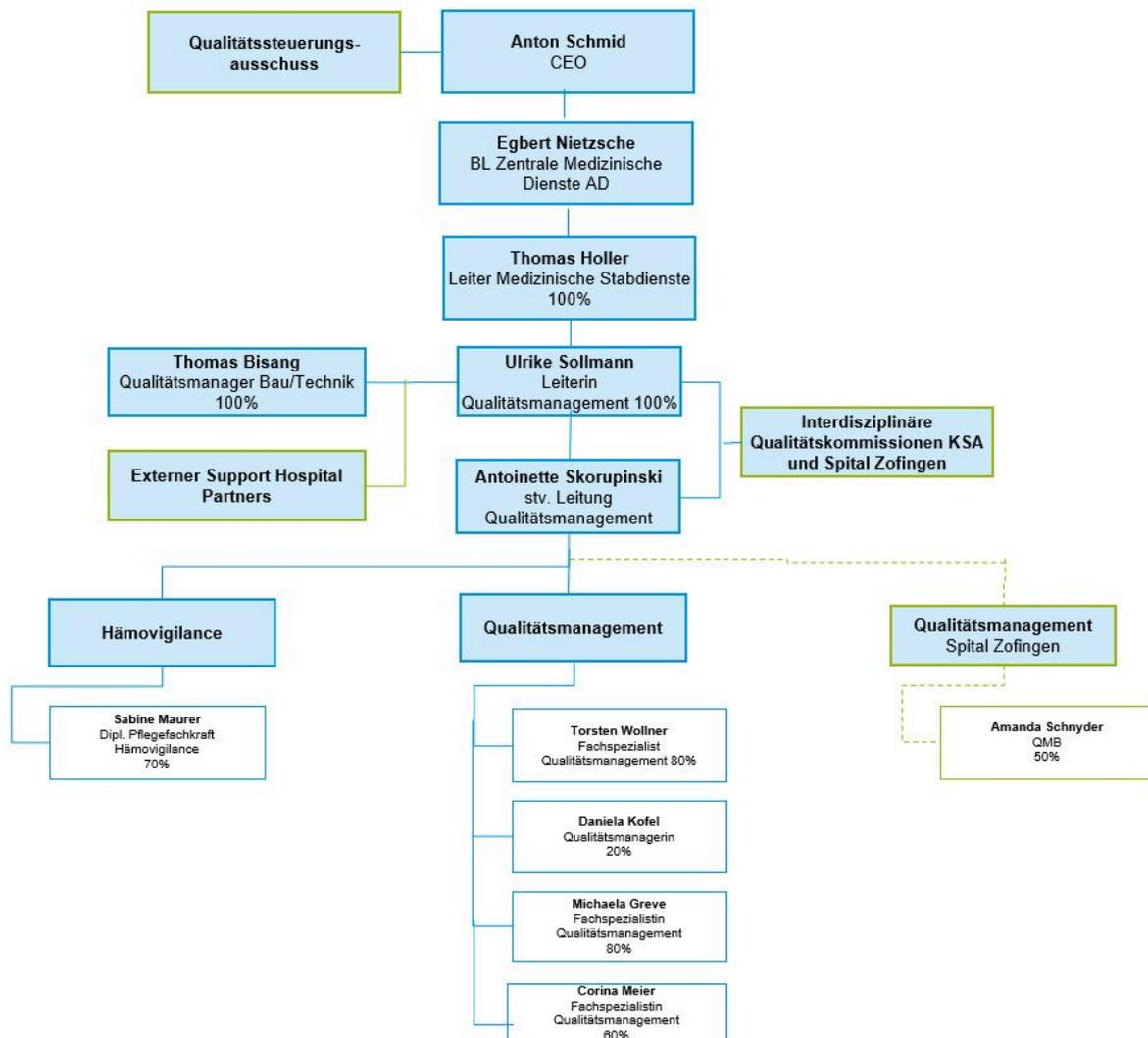
Das Jahr 2022 brachte einige Neuerungen für die KSA Gruppe. Im April 2022 nahm der neue CEO, Anton Schmid, seine Arbeit auf. Die Strategie des KSA wurde neu entwickelt. Aus dieser Strategie wurden, unter Berücksichtigung der Vierjahresziele des Bundes und der Jahresziele der eidgenössischen Qualitätskommission, die strategischen Qualitätsziele für die KSA Gruppe für die kommenden Jahre abgeleitet. Operative Jahresziele sichern die Zielerreichung ab.

Das Qualitätsmanagementteam des KSA wurde ebenfalls umstrukturiert und die leitende Funktion neu besetzt. Der CEO ist der Vorsitzende des Qualitätssteuerausschusses und übernimmt damit die Gesamtverantwortung für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Im Jahr 2022 wurden strukturelle Änderungen in der Organisation des Kantonsspitals Aarau vorgenommen. Der neue CEO, Anton Schmid, nahm im April seine Tätigkeit auf. Er führt seither den Qualitätssteueraususschuss und übernimmt zusammen mit den Mitgliedern aus der Ärzteschaft, Pflege und Supportdiensten die Gesamtverantwortung für die strategische Ausrichtung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Neben dem Qualitätssteueraususschuss verfügt das KSA über eine interprofessionelle und interdisziplinäre Qualitätskommission. Sukzessive senden alle Bereiche des KSA Delegierte in die Qualitätskommission. Die Mitglieder der Qualitätskommission fungieren als motivierte Multiplikatoren der Qualitätsmanagementaktivitäten.

Das Team des zentralen Qualitätsmanagements wurde 2022 neu zusammen gesetzt und eine neue Leitung ernannt. Jedes Teammitglied ist langjährig als Fachspezialistin oder Fachspezialist im Qualitätsmanagement tätig und somit sehr versiert im vielfältigen Aufgabengebiet des Qualitätsmanagements. Das Team setzt die Ziele des zentralen Qualitätsmanagements um und entwickelt das Qualitätsmanagement besonnen und stetig weiter. Die KIA's und Bereiche und auch die Standorte der KSA Gruppe werden unterstützt. In Zertifizierungsfragen oder auch in allen anderen Belangen des Qualitätsmanagementsystems.

Mit viel Feingefühl betreut das Team des Qualitätsmanagements das Rückmeldungsmanagement (inkl. Beschwerdemanagement). Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und deren Sicherheit sind die obersten Ziele. Jede einzelne Rückmeldung wird ernst genommen und bearbeitet. Die meldenden Personen werden unterstützt in der Beantwortung Ihrer Fragen, in ihren Unsicherheiten oder ihren Ängsten. Persönliche Gespräche sind gerade hier sehr wichtig. Menschen sind sehr dankbar, wenn sie ihr Anliegen anbringen konnten, ihnen jemand hilft, wenn etwas verloren gegangen ist im Spital oder wenn sie ihr Erlebtes einfach schildern können und ein offenes Ohr dafür finden. Jede Qualitätsmanagerin, jeder Qualitätsmanager im Team betreut einen Fall bis zum Abschluss. Es gibt sehr viel Lob für die Mitarbeitenden des KSA und sehr viel Verständnis für die personelle Situation in den Spitälern. Patientinnen und Patienten ist es wichtig, dass ihr Lob die richtige Person im KSA erreicht. Auch darum kümmert sich das Team.

Der Neubau Dreiklang schreitet voran. Das Team des Qualitätsmanagements bereitet die Qualifizierung, Validierung und Zertifizierung des Neubaus vor und setzt dafür innovative QVZA-Pläne ein. Der digitale Fortschritt im Qualitätsmanagement steht ebenfalls auf der Agenda. Die Einführung neuer, validierter Messmethoden kann nur von Mitarbeitenden mit grossem Sachverstand umgesetzt werden.

Die Umstrukturierung ist 2022 noch nicht abgeschlossen. 2023 werden das Prozessmanagement und Leanmanagement in das Qualitätsmanagement integriert.

Das KSA Spital Zofingen verfügt seit 2022 über eine eigene Qualitätsmanagementbeauftragte. Es findet eine kollegiale Zusammenarbeit statt. Wir sind ein Team.

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:
Med. Stabdienste

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **540** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Ulrike Sollmann MSc.
Leitung Qualitätsmanagement
062 838 93 79
ulrike.sollmann@ksa.ch

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

3 Qualitätsstrategie

2022 wurde die neue KSA Gruppenstrategie kommuniziert. Aus der KSA Gruppenstrategie wurden strategische Ziele des Qualitätsmanagements abgeleitet.

Vision

Wir sind die KSA Gruppe. Im zentralen Mittelland sind wir der führende und verlässliche Partner sowie ein attraktiver Arbeitgeber im Gesundheitsmarkt. Mit herausragender Bildung, angewandter Forschung und Innovationen gestalten wir die Zukunft im Gesundheitswesen. Dies zum nachhaltigen Nutzen unserer Patientinnen und Patienten.

Mission

In sämtlichen medizinischen und nichtmedizinischen Bereichen betreiben wir ein aktives Qualitätsmanagement. Die Prozesse werden systematisch mit internen und externen Audits analysiert und durch die Befragungen bei unseren Patientinnen und Patienten laufend überprüft.

Die neue Mission ist als konkreter Auftrag zu verstehen, die strategischen Stossrichtungen dienen der qualitativ hochstehenden Zielerreichung.

Die abgeleiteten **strategischen Qualitätsziele** orientieren sich an der **KSA Qualitätspolitik**:

- Wir setzen organisationsweit standardisierte und patientenorientierte Prozesse um.
- Wir gestalten unsere Prozesse im Dienst der Qualität und Patientensicherheit effektiv und effizient.
- Wir sichern unsere Marktführerschaft durch Leistungsbereitschaft und Versorgungsforschung.
- Wir arbeiten patienten- und kundenorientiert und stellen die erforderliche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sicher.
- Wir beteiligen unsere Mitarbeitenden an der Weiterentwicklung und Verbesserung der Unternehmung und schaffen ein entsprechendes Umfeld.

Das zentrale Qualitätsmanagement definierte in 2022 zusammen mit dem Qualitätssteueraussschuss die folgenden vier strategische Qualitätsziele (2023-2025):

1. Ein Qualitätsmanagementsystem ist gruppenweit wirksam aufgebaut und wird kontinuierlich weiterentwickelt im PDCA Verbesserungskreislauf und deckt alle internen und externen Anforderungen ab.
2. Effizienz und Effektivität in den Prozessen sind mittels Prozesskennzahlen und internen und externen Prozessaudits ausgewiesen und kontinuierlich verbessert.
3. Unerwünschte medizinische Ereignisse werden systematisch, unter Zuzug des Risiko-,Berichts- und Lernsystems analysiert und Massnahmen gesetzt zur präventiven Schadensverhinderung und wirksamen Ursachenbekämpfung.
4. Die Patientenbehandlung erfolgt patientenzentriert.

Operative Jahresziele und spezifische Massnahmen dienen der Zielerreichung.

Das KSA ist ein Team und arbeitet künftig zusammen in einem Qualitätsmanagementsystem. Die Ablösung von Umsystemen schafft Transparenz und ist effizient. Integraler Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems wird das Prozessmanagement sein. Das Ziel ist der Einsatz eines prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems.

CIRS ist etabliert am KSA. Komplikationsmeldungen bedürfen anderer Meldeprozesse. Die Meldeprozesse werden vorbereitet und ein neues Meldeportal als unterstützendes Hilfsmittel eingesetzt. Genauso, wie das KSA das Qualitätsmanagementsystem führen wird, wird auch das Risikomanagementsystem eingeführt. Das Ziel ist klar. Lernen aus Ereignissen zum Wohle aller Patientinnen und Patienten.

Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt. Ihre Sicht auf die erfolgte Behandlung oder auf einen Aufenthalt im KSA wird neben den klinischen Erkenntnissen der Fachspezialistinnen und Fachspezialisten immer wichtiger. Beides muss zusammen geführt werden. PROMs (Patient Reported Outcome Measure) und PREMs (Patient Reported Experience Measure) sind neue Messmethoden um genau diese Sicht der Patientinnen und Patienten zu erfragen und schlussendlich in den Behandlungsprozess einfließen zu lassen. PREMs wurden 2022 im KSA eingeführt, PROMs werden in diversen Kliniken bereits gemessen, ein übergeordnetes Pilotprojekt wurde durchgeführt.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

Im Jahr 2022 wurde eine umfangreiche Analyse zum bestehenden Qualitätsmanagementsystem der KSA Gruppe durchgeführt. Ein durchgängiger, zukunftsorientierter Zielsetzungsprozess gelang. Forschungsqualitätsprojekte werden in vielen Kliniken durchgeführt und die Erkenntnisse fließen in die Behandlung der Patientinnen und Patienten ein. Dazu gilt es das KSA als Ganzes weiterzuentwickeln.

Folgend die Qualitätsschwerpunkte des zentralen Qualitätsmanagements 2022:

- Analyse des gruppenweiten Qualitätsmanagementsystems
- Festlegung strategische und operative Ziele des Qualitätsmanagements
- Neuorganisation des Teams Qualitätsmanagement und der strategischen Qualitätsgremien
- Umsetzung des Pilotprojektes PROMs (Patient Reported Experience Measures)
- Umsetzung der digitalen Messung der Patientenerfahrung PREMs (Patient Reported Experience Measures), Picker 15 Items
- Integration des Beschwerdemanagements in das Qualitätsmanagement (Rückmeldungsmanagement)
- Erfolgreiche Rezertifizierung DKG und ISO 9001:2015 Aufrechterhaltungsaudits
- Erfolgreiche Re- Zertifizierung der AEMP ISO 13485
- Integration der ISO 9001:2015 Audits in das Qualitätsmanagement
- Entwicklung von Nursing Sensitive Qualitätsindikatoren
- Einführung meinkSA Patientenportal (ICT-Projekt)

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022

Die Qualitätsziele für das Jahr 2022 wurden modifiziert aufgrund der Neuorganisation und neuen strategischen Ausrichtung.

Folgend eine Auswahl an erreichten Qualitätszielen in 2022

- Neuzusammensetzung der Gremien im Qualitätsmanagement
- Ableitung von strategischen Qualitätszielen aus der Gruppenstrategie
- Entwicklung und Umsetzung eines Warnsystems zur Dedektion von Medikationsfehlern (KSA Spitalpharmazie)
- Umsetzung des Pilotprojektes PROMs (Patient Reported Experience Measures) Radioonkologie und Sporttraumatologie
- Umsetzung der digitalen Messung der Patientenerfahrung PREMs (Patient Reported Experience Measures), Picker 15 Items
- Erreichung der Zertifizierung Medical Base Approved by Swiss Olympic, Zentrum für Sportmedizin
- Rezertifizierung des Onkologiezentrums Mittelland durch die Deutsche Krebsgesellschaft und Aufrechterhaltungsaudit gemäss der Internationalen Norm ISO 9001:2015 im Onkologiezentrum Mittelland und definierten Kliniken und Bereichen, welche sich eine ISO-Zertifizierung unterziehen
- Zertifizierung des Gefässzentrums USSG
- Projekt PREMs Kurzbefragung Gefässchirurgie EQ-5D
- Vorbereitung Einführung einheitliches Qualitätsmanagementsystem
- Evaluation neue Qualitätsmanagementsoftware

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Qualitätsentwicklung richtet sich nach den strategischen Qualitätszielen des KSA. Daraus resultieren operative Jahresziele, welche in Massnahmen münden und im PDCA umgesetzt werden.

Die strategischen Ziele des KSA Qualitätsmanagements richten sich an die Erfüllung der nationalen Vorgaben des BAG und an die eigene interne Weiterentwicklung definierter Qualitätsthemen.

Das Qualitätsmanagement und Rückmeldungsmanagement wird 2023 ergänzt mit dem Prozessmanagement und Leanmanagement. Der Zusammenschluss der Themen geschieht aus Effizienz- und Effektivitätsgründen. Das Profil der Mitarbeitenden im Qualitätsmanagement deckt alle Aspekte des Qualitätsmanagements ab, inklusive Qualitätssicherung des Neubaus Dreiklang.

Themenüberblick u.a.

- Gruppenweites, einheitliches integrales Qualitätsmanagementsystem, Ablösung aller Umsysteme
- Einführung Wirkungsmodell im KVP
- Erstellung von QVZA- Plänen (Qualifizierung, Validierung, Zertifizierung, Anerkennung) zur Qualitätssicherung Neubau Dreiklang
- Ausbau PROMs und PREMs
- Kampagne zur Patientensicherheitskultur
- Ausbau des Meldeportales auf alle Ereignisse (Lern- und Berichtssystem)
- Digitalisierung des Rückmeldungsmanagements
- Erstellung Internes Qualitätsdashboard, nutzerorientierte Kennzahlen
- Aufbau nachhaltiges Risikomanagement (Methodik und System)

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung Rehospitalisationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swisnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)

Bemerkungen

Der nationale Verein für Qualitätssicherung in den Spitälern (ANQ) überarbeitet und modernisiert die Messinstrumente.

Der seit 2011 national eingesetzte ANQ-Kurzfragebogen zur Patientenzufriedenheit wird ab 2025 durch ein differenziertes Befragungsinstrument abgelöst. Dieses soll den künftigen Anforderungen an die Erfassung dieses bedeutenden Qualitätsindikators noch besser Rechnung tragen. Eingesetzt wird dann ein PREM (Patient Reported Experience Measurement) Fragebogen aus Kanada. 2023 wird im April das letzte Mal die Befragung nach der alten Methodik durchgeführt. Die Weiterentwicklung betrifft auch den Elternfragebogen, welcher im Kinderspital eingesetzt wird. Das KSA hat die interne Messung PREM bereits eingeführt.

Bis 2022 wurden die Dekubitus-Raten jeweils mit hohem Ressourceneinsatz an einem Stichtag erhoben (Punktprävalenz), als Gesamtraten und als nosokomiale, das heisst im Spital erworbene, Raten. Stürze wurden rückblickend auf 30 Tage erfasst (Periodenprävalenz). Dazu zählen Sturzzraten im Spital,

Sturzfolgen und Gesamtverletzungsraten. Als Messmethode wurde das Verfahren LPZ International (International Prevalence Measurement of Quality of Care) der Universität Maastricht angewandt. Die Messung wird ab 2023 sistiert. Der ANQ verfolgt das Ziel, klinische Routinedaten, Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. Dafür unterstützt er das PROJEKT VIS(Q)UAL DATA der Berner Fachhochschule BFH.

Seit 2011 sind die Rehospitalisationen mit der Methode SQ-Lape ein Indikator auf dem ANQ-Messplan. Ab 2022 (BFS-Daten 2020) wird der Algorithmus des «Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)» angewendet. Als Datenbasis dient die medizinische Statistik der Krankenhäuser» des Bundesamts für Statistik (BFS.)

Das KSA registriert im Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie künstliche Knie- und Hüftgelenke . Eingeschlossen sind alle Eingriffe mit Totalprothesen und Teilprothesen, jedoch keine Osteosynthesen.

Seit 2021 registriert SIRIS Spine den häufigsten Wirbelsäuleneingriff, die Spondylodesen im lumbalen Bereich (Versteifung der Wirbelsäule). Seit 2022 sind zusätzlich auch die Vertebroplastik und die Kyphoplastik (minimalinvasive Verfahren bei Wirbelfrakturen) verpflichtend im Register zu erfassen. .Anfang 2023 wird eine Pilotphase durchgeführt zur Einführung von PROMs mittels elektronischer Patientenbefragung. Die Implementierung auf nationaler Ebene soll voraussichtlich im Herbst 2023 erfolgen. Das KSA beteiligt sich 2023 an der Pilotphase mit der orthopädischen und neurochirurgischen Klinik.

SwissNoso, das Nationale Zentrum für Infektionsprävention, überwacht seit 2009 (neu zusammen mit dem ANQ) die Entwicklung postoperativer Wundinfektionen. Dabei werden ausschliesslich stationäre Eingriffe eingeschlossen. Erfasst werden Wundinfektionen, die innert einer definierten Frist nach der Operation auftreten, und zwar unabhängig davon, ob im Spital oder nach Spitalentlassung. Die Infektionen können sich an der Stelle des Hautschnitts respektive des darunterliegenden Gewebes, inklusive Faszien und Muskelschichten, zeigen. Oder sie betreffen Organe oder Hohlräume, die während der Operation geöffnet oder manipuliert wurden.

Die KSA Gruppe begrüsst die umfangreiche Modernisierung der Messinstrumente des ANQ sehr.

Qualität zu messen und auszuweisen bedarf häufig einer Plausibilisierung bis auf die einzelne Fallebene eines Patienten, einer Patientin. Kleine Fallzahlen, komplexe Krankheitsbilder beeinflussen Ergebnisse.

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Elektronische Patientenbefragung
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Fokus-Befragung
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zufriedenheitsumfrage 2021

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

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Re- Evaluation Patient Reported Outcome Measures Software (PROMs)

Ziel	Qualitätsverbesserung durch value-based Health Care mit der Einführung von PROMs
Bereich, in dem das Projekt läuft	Traumatologie, Radio-Onkologie-Zentrum, Medizinische Universitätsklinik, Geburtshilfe
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2022-2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Patient reported outcome measures (PROMs) liefern Informationen zum Gesundheitszustand und zu den Auswirkungen einer Intervention/Behandlung aus Sicht einer Patientin oder eines Patienten. PROMs fördern die patientenorientierte Behandlung, die Kommunikation zwischen Patient und Arzt sowie das Patientenmanagement (Monitoring und Anpassung des Behandlungsverlaufs, Erkennung von unerkannten Krankheiten etc.). PROMs erlauben, Rückschlüsse auf den medizinischen Nutzen und die Indikationsstellung zu ziehen.
Methodik	Elektronische Erfassung zu verschiedenen Messzeitpunkten mit validierten Fragebögen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte und Pflegepersonal, administratives Personal
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Evaluation des Projektes 2021-2022 führte zu einer Re-Evaluation, da mit dem gewählten Anbieter die Ziele nicht erreicht werden konnten.

Digitale Patient Reported Experience Measure (PREM) Messung

Ziel	Kontinuierliche Patientenbefragung. stationär und ambulant
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2022-2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Ablösung der Patientenzufriedenheitsmessung hin zur Messung der Patientenerfahrung
Methodik	Validierter Fragebogen von Picker (15 Items)
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsmanagement, Ärzte, Pflege, QMB
Evaluation Aktivität / Projekt	KVP - Wirksamkeit der abgeleiteten Massnahmen zur Verbesserung der Qualität

Erweiterung Meldung Patientenergebnisse

Ziel	Gemäss Definition der Patientenergebnisse sind die Meldeprozesse zu standardisieren und das Meldeportal aufzubauen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Qualitätsmanagement
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2022-2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Neben dem CIRS weitere Meldesysteme etablieren (smE, agT, Strahlenschutz etc.)
Methodik	Digitale Erhebung mit definierten Workflows
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Legal & Compliance, Pflege, Qualitätsmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Internes Audit

Risikomanagement

Ziel	Digitale Abbildung des Risikomanagements
Bereich, in dem das Projekt läuft	Legal & Compliance, Qualitätsmanagement
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2022 - 2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Systemisches Risikomanagement
Methodik	Aufbau im Risikomanagementtool gemäss Risikomanagementkonzeption
Involvierte Berufsgruppen	Legal & Compliance, SIBE, IT-Sicherheit, Technische Sicherheit, klinische Sicherheit
Evaluation Aktivität / Projekt	Risikobewertung, Massnahmenüberprüfung, Audit

Einführung gruppenweite Software Qualitätsmanagementsystem (QMS)

Ziel	Transparente Geschäftsprozesse, Dokumentationen und Wirkungsnachweisen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Qualitätsmanagement
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2022 -2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Effizienz- und Effektivitätsgewinn im klinischen Alltag, Patientensicherheit, Erfüllung interne und externe Anforderungen
Methodik	QMS soll alle Anforderungen aus Akkreditierungen, Zertifizierungen und Anerkennungen extern und intern erfüllen inklusive GxP
Involvierte Berufsgruppen	alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Projektcontrolling

Einführung Geschäftsprozessmanagement kombiniert mit Lean KVP

Ziel	Transparente Prozesse mit messbaren Prozesskennzahlen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzes KSA
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2022 - 2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Transparente Prozesse führen zu einem Effizienz- und Effektivitätsgewinn
Methodik	Business Process Notation 2.0 (BPMN) Modellierung, Prozesskennzahlen, Prozessreifegrade und etablierte Leanmethoden
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Prozessaudits

Qualitätsdashboard

Ziel	Qualität ausweisen mittels Qualitätsindikatoren
Bereich, in dem das Projekt läuft	Verschiedene Qualitätsindikatoren automatisiert ausleiten aus digitalen Systemen
Projekt: Laufzeit (von...bis)	
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Proaktives und präventives Qualitätsmanagement mittels Qualitätsindikatorensetting
Methodik	Validierte Qualitätsindikatoren
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsmanagement, Pflegeentwicklung, Ärzteschaft
Evaluation Aktivität / Projekt	Projektcontrolling

REDCap@KSA mit REDCap Office

Ziel	Förderung der Forschung und Forschungsqualität am KSA, Anlaufstelle für Forschende, Entscheidungsfindung und Qualitätssicherung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ausgewählte Kliniken
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	übliche Software Anbieter bilden die Forschung zu wenig ab
Methodik	REDCap
Involvierte Berufsgruppen	Forschende, Qualitätsmanagement, IT
Evaluation Aktivität / Projekt	Projektcontrolling

Bemerkungen

In der KSA Gruppe werden zahlreiche Projekte zur Qualitätsverbesserung durchgeführt. Die hier genannten Projekte betreffen das zentrale Qualitätsmanagement zur Unterstützung der strategischen und operativen Zielerreichung.

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

CIRS

Ziel	Von der Koordination hin zum CIRS-Management
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Qualitätsmanagement und Kliniken, Institute
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Das CIRS des KSA soll sich von einem Berichtssystem zu einem Lernsystem weiterentwickeln
Methodik	Workshops, interdisziplinäre und interprofessionelle Fallbesprechungen
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsmanager, CIRS-Beauftragte Ärzte und Pflegende und CIRS Beauftragte aus Instituten
Evaluation Aktivität / Projekt	Messung der Wirksamkeit der Massnahmen aus Fallbesprechungen

Leanmanagement Weiterentwicklung

Ziel	Prozesse sind so aufeinander abzustimmen, dass Verschwendungen jeglicher Art vermieden werden
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganzes KSA
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Ressourcenoptimierung (human, finanziell, prozessual)
Methodik	Leanmanagementmethoden
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Messung der Zufriedenheit Patientinnen / Patienten und Mitarbeitende. Prozesskosten, Prozesskennzahlen.

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 2003 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

Bemerkungen

Das Berichts- und Lernsystem CIRS (Critical Incident Reporting System) steht allen Mitarbeitenden des KSA zur Meldung von (Beinahe-) Zwischenfällen zur Verfügung. Ziel des CIRS ist eine gegenseitige Sensibilisierung der Mitarbeitenden für Situationen, welche die Patientensicherheit gefährden könnten. Dazu werden alle Meldungen aufgearbeitet und definierte Fälle einer Fallbesprechung unterzogen. Diese Fallbesprechungen werden in interprofessionellen und interdisziplinären Teams durchgeführt. Im Sinne der kontinuierlichen Erhöhung der Patientensicherheit werden daraus Verbesserungsmassnahmen abgeleitet und umgesetzt.

Das Berichts- und Lernsystem CIRS ist bei den Mitarbeitenden im Alltag fest verankert und wird genutzt. Dies beweist auch das stabile Niveau der Anzahl der Meldungen im Vergleich zum Vorjahr. Auch 2022 wurden über 1000 Meldungen von (Beinahe-) Zwischenfällen registriert.

Das KSA ist seit 2011 Mitglied im CIRNET (Critical Incident Reporting & Reacting NETwork). CIRNET übernimmt als überregionale Institution eine zentrale Netzwerkfunktion für lokale Fehlermeldesysteme in der Schweiz. Das KSA leitet ihre lokalen CIRS-Meldungen anonymisiert in die CIRNET-Datenbank weiter und leistet auf diese Weise einen Beitrag zur übergreifenden Erhebung von Patientenrisiken. Seit 2022 hat das KSA Einsitz im CIRNET Ausschuss.

Das KSA nutzt die von der Stiftung für Patientensicherheit erstellten Quick Alerts. Dabei handelt es sich um Handlungsempfehlungen, die aufgrund von national relevanten CIRS-Themen von Expertengruppen erarbeitet werden.

Das Lern- und Berichtssystem wird im KSA 2023 weiterentwickelt auf alle Arten medizinischer Ereignisse.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

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

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

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

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/fileadmin/Ergebnisveroeffentlichung/2023/Member/IQM_mitglied_459_DE.pdf abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

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

2020 und 2021 organisierte IQM aufgrund der Covid-19-Pandemie keine klinikübergreifenden Peer Reviews.

Bemerkungen

Das KSA ist seit 2012 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Integraler Bestandteil des IQM sind standardisierte Peer Review-Verfahren. Das Ziel der Peer Review-Verfahren ist die Qualität des Behandlungsprozesses und -schnittstellen zu analysieren und bei Bedarf konkrete und im Betrieb umsetzbare Verbesserungsmassnahmen festzulegen. Dabei werden durch externe Peers Behandlungspfade gesichtet und in kollegialen Fachgesprächen diskutiert. Unter anderem wird dabei analysiert:

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

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

Im KSA wurde letztmals im September 2019 ein Peer Review zur Hauptdiagnose Sepsis auf der Intensivstation durchgeführt. Seither gab es

pandemiebedingt keine Peer Review Verfahren Seitens IQM. Im Jahr 2023 werden neue ärztliche und pflegerische Peers am KSA durch IQM ausgebildet. Das KSA hat Einsitz im Fachausschuss Transparenz der IQM.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	2005
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2000
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	2003
Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	seit Beginn
Mammaimplantatregister Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	MEM Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch/	seit Beginn
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	2003
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	seit Beginn
PCI Register National PCI Register	Kardiologie	Arbeitsgruppe interventionelle Kardiologie schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie www.ptca.ch	2021
PET Minimal Data Set	Nuklearmedizin	Schweizerische Gesellschaft für Nuklearmedizin	2003

PET Minimal Data Set		www.nuklearmedizin.ch	
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	SBCDB Swiss Breast Center Database c/o Adjumed Services AG www.sbcdb.ch	2011
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	1998
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch/	2008
SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	2011
SRSK Schweizer Register für Seltene Krankheiten	Alle Fachbereiche	Institut für Sozial-und Präventivmedizin (ISPM) www.ispm.unibe.ch/research/research_registries_and_databases/index_eng.html	2021
STIZ - Tox Info Suisse Schweizerisches Toxikologisches Informationszentrum	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Ophthalmologie, Pathologie, Prävention und Gesundheitsw., Psychiatrie und Psychotherapie, Tropen- und Reisemedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Arbeitsmedizin, Nephrologie, Pneumologie, Kl. Pharmakol. und Toxikol., Intensivmedizin	Tox Info Suisse www.toxinfo.ch	seit Beginn
STR Schweizer Traumaregister / Swiss Trauma Registry	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin, Versicherungsmedizin	Adjumed Services AG www.adjumed.ch/	2015
SwissDisc Swiss Disc Register	Neurochirurgie	Kantonsspital Aarau www.swissdisc.com	2015
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir.,	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	2012

	Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin		
SwissPit Swiss Pituitary Registry	Neurochirurgie, Ophthalmologie, ORL, Endokrinologie/Diabetologie, Radiologie, Radio- Onkologie / Strahlenth., Neuropathologie	Kantonsspital Aarau www.swisspit.ch	2016
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch/	2004
TR-DGU TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumanetzwerk-dgu.de	2010

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

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

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS)	Stroke Center	2013	2022	
EN ISO 13485:2016	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte AEMP	2010	2022	
Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS) / ISO 9001:2015	Spitalpharmazie	2013	2023	
SN EN ISO/IEC 17025:2018 SN EN ISO 15189:2013	Institut für Labormedizin (IfIM)	2020	2023	
Akkreditierung JACIE (Joint Accreditation Committee- ISCT & EBMT)	Hämatologie, Institut für Labormedizin und Blutspendezentrum	2006	2020	
Akkreditierung nach ISO/IEC 17020:2012	Institut für Rechtsmedizin: Forensische Medizin	2015	2020	
Akkreditierung nach ISO 17025:2017	Institut für Rechtsmedizin: Forensische Genetik; Forensische Toxikologie	2015	2020	
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Rettungsdienst	2007	2018	
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Sanitätsnotrufzentrale	2019	2019	
Kombinationsverfahren ISO 9001:2015 und DKG-Zertifizierung	Onkologiezentrum Mittelland OZM	2016	2022	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG	Brust- und Gyn. Krebszentrum	2015	2022	
DKG Fachzertifikat	Dysplasieeinheit	2017	2021	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG (Deutsche	Viszeralonkologisches Zentrum (Darm- und Pankreaskrebs)	2015	2022	

Krebsgesellschaft)				
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Prostatakrebs und Uro-onkologisches Schwerpunktzentrum	2016	2022	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG	Hautkrebszentrum	2016	2022	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und Fachzertifikat DKG	Lymphom, Leukämie und Hämatologische Systemerkrankungen	2016	2022	
Kombiverfahren ISO 9001:2015 und DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Kopf-Hals-Tumorzentrum	2018	2023	
Kombiverfahren ISO 9001:2015	Neuro-onkologisches Zentrum	2018	2022	
ISO 9001:2015	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2018	2022	
ISO 9001:2015	Institut für Pathologie	2018	2021	
ISO 9001:2015	Pflege Chirurgie	2018	2021	
ISO 9001:2015	Radio-Onkologie Zentrum KSA-KSB	2020	2021	Erstzertifizierung;Hyperthermie
Fachzertifizierung	Interdisziplinäres Kontinenz- und Beckenbodenzentrum	2014	2020	
Fachzertifikat Endometriose-Vereinigung	Klinisches Endometriose-zentrum	2018	2023	
Fachzertifizierung der deutschen Röntgengesellschaft (DRG)	Kardiovaskuläre Bildgebung im Institut für Radiologie	2015	2020	
NRG/RTOG National Cancer Institute USA	Radio-Onkologie Zentrum KSA-KSB	2012	2019	
Rekole®	Rechnungswesen	2014	2020	Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung
Qualikita	Kita KSA Zwärglihuus	2013	2021	
H+Branchenlösung Arbeitssicherheit (EKAS)	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	2015	2020	
Auszeichnung ENSH Global Network for Tobacco Free	Umsetzung der langfristig angelegten Rauchfreistrategie	2016	2019	Vorgaben der Organisation FTGS (Forum

Health Care Services				Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitsorganisationen)
Label Friendly Workspace	Betriebliches Gesundheitsmanagement	2022	2025	
Medical Base approved by Swiss Olympic	Sporttraumatologie, Orthopädie	2022	2027	
Label USSG Union der Schweizerischen Gefässgesellschaft	Gefässzentrum	2022	2025	
ISO 9001:2015	Qualitätsmanagement KSA	2015	2024	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und Anregungen für Verbesserungspotenziale 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.

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 2022 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
Kantonsspital Aarau AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.04	4.05	4.08	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.52	4.45	4.48	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.50	4.50	4.48	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.34	4.35	4.34	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.87	3.84	3.87	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	89.10 %	88.10 %	87.90 %	– %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2022				–
Anzahl eingetreffener Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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

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

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Die nächsten Befragungen in diesem Bereich folgen im Jahr 2023.

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Der ANQ wechselt 2025 das Instrument und setzt einen PREM (Patient Reported Experience Measure) Fragebogen aus Kanada ein. Das KSA begrüsst den Wechsel auf ein modernes und international validiertes Instrument.

Das KSA hat im September 2022 den PREM Fragebogen von Picker (15 Items) eingesetzt und eine Zufriedenheit von 94% bei allen stationären Patientinnen und Patienten erzielt. Die eigene Messung relativiert das Ergebnis des ANQ mit dem alten Instrument. Die eigene Messung findet ganzjährig und digital statt.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Elektronische Patientenbefragung

Im September 2022 wurde die elektronische Patientenbefragung aller stationären Patientinnen und Patienten eingeführt. Der validierte PREM (Patient Reported Experience Measure) Fragebogen von Picker umfasst, nebst einem allgemeinen Überblick, folgende Themenbereiche:

- Betreuung durch Ärztinnen und Ärzte,
- Betreuung durch Pflegepersonal,
- Art der Behandlung,
- Kommunikation/Allgemeine Informationen,
- Weiterempfehlung.

Diese Patientenbefragung haben wir vom September bis Dezember durchgeführt.

Die Befragung erfolgt in allen Kliniken der KSA-Gruppe.

Eingeschlossen werden alle stationären Patientinnen und Patienten 24h nach dem stationären Austritt.

Ausschlossen aus der Befragung sind Wiederkehrer, verstorbene Patientinnen und Patienten und Patientinnen und Patienten ohne E-Mailadresse oder Natelnummer sowie diejenigen, die die Befragung ablehnen.

Die Befragung erfolgt digital mittels SMS und E-Mailversand. Der validierte Fragebogen von Picker umfasst 15 Fragen. Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit einen Kommentar zu erfassen. Sie können sich entanonymisieren, wenn sie eine Rückmeldung auf ihren Kommentar haben möchten.

Die Ergebnisse liegen tagesaktuell vor. Sie können in einem Dashboard abgerufen werden.

Von 767 Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum von September bis Dezember 2022 eine Rückmeldung abgegeben haben, **empfehlen 94%** das KSA weiter. **Weitere Ergebnisse (max. Score 3.0):**

Betreuung durch Pflegepersonal	2.8
Betreuung durch Ärztinnen und Ärzte	2.7
Art der Behandlung	2.7
Kommunikation/Allgemeine Informationen	2.5

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Befragung erfolgt ergänzend zu der nationalen ANQ-Messung, welche nur alle zwei Jahre stattfindet.

Die Ergebnisse sind insgesamt sehr gut. Verbesserungspotenziale können abgeleitet werden. Massnahmen können engmaschig monitorisiert werden, da die Befragung ganzjährig läuft und tagesaktuell vorliegt.

Patientinnen und Patienten können einen Kommentar erfassen und eine Rückmeldung wünschen.

Ab 2023 werden Ergebnisse auf der KSA-Website publiziert. Der ANQ wechselt sein Instrument 2025 auf einen PREM Fragebogen. Das KSA wird den neuen (validierten, kanadischen) Fragebogen prüfen und ggf. das aktuelle PREM Instrument ersetzen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Picker
Methode / Instrument	Picker 15 Items

Bemerkungen

Picker / England - standardisierter, validierter Fragebogen (Picker 15 Items)

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Aarau AG

Rückmeldungsmanagement

Ulrike Sollmann MSc.

Leitung Qualitäts-, Prozess-, und

Leanmanagement,

Rückmeldungsmanagement

062 838 44 18

qualitaet@ksa.ch

Mo bis Fr 08:00 - 11:00 und 14:00 - 17:00 h

Beschwerden sind integraler Bestandteil des

Rückmeldemanagements

6 Angehörigenzufriedenheit

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

6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2022 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
Kantonsspital Aarau AG				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.75	8.62	8.96	– (–)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.62	8.54	9.21	– (–)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.96	8.91	9.03	– (–)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.90	8.80	8.91	– (–)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.31	9.43	9.50	– (–)
Anzahl angeschriebene Eltern 2022				–
Anzahl eingetreffener Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Die nächsten Befragungen in diesem Bereich folgen im Jahr 2023.

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Messung findet alle zwei Jahre statt, somit wird im Jahr 2023 die nächste Elternbefragung durchgeführt. Die letzten Ergebnisse fielen positiv aus.

Es gibt ein Netzwerk der CH- Kinderspitäler in welchem zusammen mit dem ANQ auch die Messmethode der Elternbefragung überarbeitet wird und 2025 zum Einsatz kommen soll. Das zentrale Qualitätsmanagement nimmt an der Erarbeitung des neuen Fragebogens teil.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Fokus-Befragung

Die KSA Gruppe möchte für ihre Mitarbeitenden langfristig attraktiv sein. Die Strategie des KSA gibt Auskünfte über das Engagement im Personalmanagement. Im April 2023 wird der neue HR Leiter, Lester Gosset, seine Funktion aufnehmen.

Seit 2021 führt die KSA-Gruppe eine Befragung bei allen Mitarbeitenden durch, in deren Fokus die Bindung des einzelnen Mitarbeitenden steht.

Einer der KSA Kultur Kernsätze ist "Wir leben Wertschätzung. Wir wollen den anderen und sein Tun verstehen. Wir sind präsent, hören zu, begegnen uns respektvoll und teilen uns mit". Dies lässt sich gut auf die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung FOKUS ableiten.

Die Mitarbeitenden haben ihre Meinung mitgeteilt. Wichtig ist, dass die Mitarbeitenden erleben, dass sie ernst genommen werden, Ergebnisse besprochen werden und gemeinsam in den Teams und mit den Vorgesetzten nach Lösungen gesucht wird. Ergebnisse und Massnahmen aus der Befragung 2022, welche im Herbst eingeleitet wurden, werden in 2023 weiterbearbeitet. So genannte Fokus-Champions unterstützen die Teams bei der Erarbeitung von Massnahmen..

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 03.05.2022 bis 24.05.2022 durchgeführt. Die Befragung wurde bei allen Mitarbeitenden der KSA-Gruppe durchgeführt. Eingeschlossen wurden alle Mitarbeitenden der KSA-Gruppe.

Von allen befragten Mitarbeitenden haben 64% an der Messung teilgenommen. Aus diesen rund 3000 Rückmeldungen ergibt sich, bei einer Skala von 1-5, ein stolzer Mittelwert der emotionalen Mitarbeiterbindung von 3.75.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Auf ihre Mitarbeitenden darf die KSA-Gruppe sehr stolz sein. In herausfordernden Zeiten bilden langjährige Mitarbeitende ein wichtiges Rückgrat.

Längst ist erwiesen, dass emotional an die Unternehmung gebundene Mitarbeitende nicht nur weniger oft die Stelle wechseln, sondern auch bessere Beziehungen zu ihren Kolleginnen und Kollegen, aber auch zur Führungsperson pflegen. Sie sind eher bereit, sich einzubringen, ihr Wissen zu teilen oder aktiv nach Lösungen zu suchen. Dies wirkt sich somit positiv auf die Patientenzufriedenheit und -sicherheit aus.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Gallup
Methode / Instrument	FOKUS

Bemerkungen

Die Mitarbeitenden der KSA Gruppe stehen tagtäglich ein für die Erbringung einer hochstehenden Dienstleistungsqualität für alle Patientinnen und Patienten. Sie sind denjenigen, die für einen reibungslosen Ablauf des Klinikbetriebes direkt am Patientenbett und auch im Hintergrund sorgen.

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärztinnen und -ärzte und niedergelassene Spezialärztinnen und -ärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patientinnen und Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin 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 Zufriedenheitsumfrage 2021

Das KSA führt ein strategisches und integriertes Zuweisermanagement gemäss Jahresplanung der Abteilung Marketing und Kommunikation.

Die Zuweiserbefragung 2021 liefert entsprechend eine qualitative Datenbasis für die nächsten drei Jahre. Sie unterstützt die Pflege und den Ausbau der Zuweiserbeziehungen.

Im Detail bedeutet dies:

- Verbesserungspotenziale erkennen und priorisieren
- Informationslücken bei den Zuweisenden aufdecken
- Zuweisungshemmnisse identifizieren
- Patientensteuerung verbessern
- Gesprächsansätze generieren

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom August 2021 bis Oktober 2021 durchgeführt.

Die Erhebung zur Zuweiserzufriedenheit fand auf Ebene Gesamtspital mit vertiefenden, spezifischen Fragen zum Leistungsspektrum statt.

Die Grundgesamtheit betrug 400 niedergelassene zuweisende Ärztinnen und Ärzte, wovon 54 nicht persönlich kontaktiert werden konnten (nicht erreichbar, zwischenzeitlich pensioniert oder umgezogen). Somit wurden insgesamt 346 Zuweisende befragt. 223 Zuweisende beteiligten sich an der Befragung, was eine Teilnahmequote von 65% ergab. Die Nicht-Anonymitätsquote betrug 67%, was erfreulich ist.

Die Gesamtzufriedenheit der Zuweisenden mit den Kliniken des KSA ist hoch. Die fachliche Kompetenz wird von den Zuweisenden als insgesamt sehr gut beurteilt. Als Hauptunterschied zu den Benchmarkpartnern wurden das sehr umfassende Leistungsangebot und die Grösse des Spitals genannt. Das KSA wird als Endversorger-Spital wahrgenommen. Verbesserungspotenziale, wie bspw. die noch individuellere Betreuung der Patientinnen und Patienten, wurden abgeleitet.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Aufgrund der Befragungsergebnisse wurden u.a folgende Massnahmen gesetzt:

- Etablierung monatlicher Talk am Mittag (Online Fortbildung)
- Quartalsweise Versand des Newsletters e.Insider
- Erstellung Interne Richtlinie zur Erreichbarkeit
- Erstellung spezifische Website für Zuweisende

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	rotthaus.com
Methode / Instrument	Telefoninterviews

Bemerkungen

In 2023 wird eine neue Person für das Zuweisermanagement in der KSA- Gruppe verantwortlich sein. Eine neue gesamthafte Zuweiserbefragung wird geplant. In definierte Einheiten, wie das

Onkologiezentrum Mittelland, wird in 2023 eine Zuweiserbefragung durchgeführt. Geplant ist ebenfalls die persönliche Betreuung von Zuweisenden in den Praxen.

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2017	2018	2019	2020
Kantonsspital Aarau AG				
Verhältnis der Raten*	1.02	1.04	1.1	–
Anzahl auswertbare Austritte 2020:	–			

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

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

Ab dem BFS Datenjahr 2020 findet ein Methodenwechsel statt. Gemäss Entscheid ANQ werden die Daten der Einführungsphase nicht transparent publiziert. Dies gilt für den aktuellen Qualitätsbericht 2022 (BFS-Daten 2020). Im Jahr 2023 werden dann für das BFS-Datenjahr 2021 neu die «ungeplanten Rehospitalisationen innert 30 Tagen» transparent ausgewiesen.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Seit 2011 sind die Rehospitalisationen ein Indikator auf dem ANQ-Messplan. Im Berichtsjahr 2022 (BFS-Daten 2020) wird der Algorithmus des «Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)» angewendet. Als Datenbasis dient die «Medizinische Statistik der Krankenhäuser» des Bundesamts für Statistik (BFS). **Die KSA Gruppe begrüsst den Wechsel der Methodik.**

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

Bemerkungen

Die Raten mit der Methodik SQLape® waren unauffällig. Kein weiterer Kommentar, da das Instrument abgelöst wird.

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

Spitäler und Kliniken erfassen im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ implantierte Hüft- und Knieprothesen im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Das Register ermöglicht eine grosse Anzahl von Implantationen über einen langen Zeitraum zu beobachten sowie regelmässige Auswertungen und Vergleiche auf Ebene der Spitäler und Kliniken, als auch der Implantate zu machen. Ein besonderes Augenmerk gilt den 2-Jahres-Revisionsraten, d.h. der Revision innerhalb von zwei Jahren nach dem Primäreingriff. Das Register wird von der SIRIS Stiftung geführt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.siris-implant.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2016 bis 31.12.2019

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2016 - 2019	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2016 - 2019	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate % 2014 - 2018	Adjustierte Revisionsrate % 2016 - 2019
Kantonsspital Aarau AG				
Primäre Hüfttotalprothesen	343	2.40%	2.50%	2.20%
Primäre Knieprothesen	350	2.60%	3.10%	2.50%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2022 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2016 bis Dezember 2019. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2021.

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Keine auffälligen Resultate. Hüftprothetik unter der CH-2-Jahres Revisionsrate, Knieprothetik ebenfalls unter der CH- 2-Jahres Revisionsrate.

Beide Indikatoren zeigen sich im Trend seit 2019 erfreulich..

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swiss RDL, ISPM Bern
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patientinnen und 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 oder einer Rehospitalisation 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 Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
- *** Dickdarmoperationen (Colon)
- Gefässchirurgische Eingriffe an Arterien der unteren Extremitäten
- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2021 – 30. September 2022

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022

Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. Dezember 2021 erneut unterbrochen worden. Spitäler und Kliniken konnten die Messung auf freiwilliger Basis weiterführen. Validierungsbesuche wurden in Absprache mit den Spitalern/Kliniken fortgesetzt. Aufgrund der sich entspannenden Situation in den Institutionen, wurde die (verpflichtende) Messung zum 1. März 2022 wieder aufgenommen.

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2021/2022	2021/2022	2018/2019	
Kantonsspital Aarau AG						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	63	3	4.00%	1.30%	6.00%	2.30% (0.50% - 6.80%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	39	11	14.80%	23.50%	8.40%	2.60% (1.30% - 4.60%)
Gefässchirurgische Eingriffe an Arterien der unteren Extremitäten	14	2	-	-	-	0.90% (0.10% - 3.30%)

Die Messungen mit und ohne Implantate werden neu jeweils zeitgleich durchgeführt. Infolge der Übergangsphase können im Qualitätsbericht 2022 gleich zwei Messperioden (2020/2021 und 2021/2022) bei den Messungen mit Implantaten ergänzt werden. Jedoch wird nur die neuere Messung (2021/2022) ausführlich dargestellt. Die Ergebnisse der Messperiode mit Implantaten, vom 1. Oktober 2020 – 30. September 2021 (mit Unterbruch infolge Covid-19, 1. November 2020 bis 1. April 2021), werden bereits unter den Vorjahren aufgelistet.

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2021 – 30. September 2022

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2021/2022	2021/2022	2018/2019	
Kantonsspital Aarau AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	59	2	-	-	-	1.90% (0.20% - 6.70%)

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Seit 2009 erfasst das KSA Wundinfektionen (so genannte Surgical Site Infections - SSIs) –, die innert einer definierten Frist nach der Operation auftreten, und zwar unabhängig davon, ob im Spital oder nach Spitalentlassung. Die Infektionen können sich an der Stelle des Hautschnitts respektive des darunterliegenden Gewebes, inklusive Faszien und Muskelschichten, zeigen, oder sie betreffen Organe oder Hohlräume, die während der Operation geöffnet oder manipuliert wurden.

Bei den Ergebnissen muss berücksichtigt werden, dass geringere Fallzahlen und stark schwankenden Raten sowie komplexe, multimorbide Patientinnen und Patienten einen Einfluss haben.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
--------------------------------	-----------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patientinnen und 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 und www.lpz-um.eu

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

	2018	2019	2022
Kantonsspital Aarau AG			
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	8	5	
In Prozent	3.20%	2.20%	-
Residuum* (CI** = 95%)	0.03 (-0.35 - 0.41)	0.05 (-0.51 - 0.41)	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022		Anteil in Prozent (Antwortrate) 2022	-

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

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

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Bis zum Datenjahr 2022 wurden die Dekubitus-Raten jeweils an einem Stichtag erhoben (Punktprävalenz), als Gesamtraten und als nosokomiale, das heisst im Spital erworbene, Raten. Stürze wurden rückblickend auf 30 Tage erfasst (Periodenprävalenz). Dazu zählen Sturzraten im Spital, Sturzfolgen und Gesamtverletzungsraten. Als Messmethode wurde das Verfahren LPZ International (International Prevalence Measurement of Quality of Care) der Universität Maastricht angewandt.

Die Daten der Messung 2022 werden voraussichtlich im September 2023 auf der ANQ Homepage veröffentlicht. **Die Messung wird vom ANQ sistiert. Das KSA begrüsst das Vorgehen.**

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13 Dekubitus

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

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte		2022	In Prozent
		2018	2019		
Kantonsspital Aarau AG					
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	5	5		0.50%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0.03 (-0.26 - 0.32)	0.49 (-0.08 - 1.07)		-
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022		Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 2022		-	

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Daten der Messung 2022 werden voraussichtlich im September 2023 auf der ANQ Homepage veröffentlicht. Der ANQ sistiert die Messung der Prävalenz Dekubitus und Sturz ab 2023. Das KSA begrüsst das Vorgehen des ANQ.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Im Rahmen der Nationalen Prävalenzmessung des ANQ wurde im Berichtsjahr 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 durchgeführt.

Im Rahmen der ANQ-Prävalenzmessung auf allen Stationen mit Ausnahme der Klinik für Kinder und Jugendliche.

Auch bei diesem Modul galten die Bedingungen der Prävalenzmessung. Eingeschlossen waren stationäre Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, bei denen eine mündliche Zustimmung zur Teilnahme vorlag. Ausgeschlossen waren Patientinnen und Patienten bestimmter Stationen (Aufwachraum, Intensivstation, Tages- und Wochenklinik, Wochenbett) sowie ambulante Patientinnen und Patienten.

Die Daten der Messung 2022 werden voraussichtlich im September 2023 auf der ANQ Homepage veröffentlicht.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	BFH / LPZ
Methode / Instrument	BFH / LPZ

Bemerkungen

Letzte Messung der Prävalenz Sturz und Dekubitus 2022, danach sistiert vom ANQ.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Pilotprojekt PROMs

Das Pilotprojekt PROMs wurde 2022 in der Radioonkologie und in der Sporttraumatologie durchgeführt. Die Prozesse in beiden Bereichen sind unterschiedlich. Von der Ersterfassung im Wartezimmer, via Tablet, hin zu einem Linkversand nach Hause mit dem Aufgebot für die erste Sprechstunde. Die Erfassung, mittels validierter Fragebögen, wurde während des Aufenthaltes und nach Austritt weitergeführt. Die Ergebnisse sind Gegenstand ärztlicher Patientengespräche.

Die Software der Firma Heartbeat wurde für den Piloten evaluiert und genutzt. Während des Piloten hat sich Heartbeat dazu entschlossen, nur noch eingeschränkte Standardsets von ICHOM anzubieten. Das Angebot passte nicht mehr zu den Anforderungen des KSA. Eine Re-Evaluation eines PROM Erfassungssystems wird in 2023 durchgeführt..

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

18.2.1 PREM

Das Projekt PREM Patient Reported Experience Measures startete im September 2022. Gemessen wird die Patientenerfahrung zu einem stationären Klinikaufenthalt. Der international validierte Fragebogen von Picker (England, 15 Items) wurde lizenziert und in die Software von SQQ (Swiss Quali Qest) integriert. Die Befragung erfolgt via SMS und E-Mail.

Die Ergebnisse stehen zeitnah - tagesaktuell - in einem Dashboard zur Verfügung. Die Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeiten eine Rückmeldung in einem Kommentar zu erfassen. Die Auswertung ist bis auf Klinikstufe möglich.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Onkologiezentrum Mittelland

Gut ein Viertel aller stationären und ambulanten Leistungen des Kantonsspitals Aarau stehen im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung. Das KSA bietet diesbezüglich eine Zentrumsfunktion. Es besitzt alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen. Seit Mai 2016 verfügt das KSA über das zertifizierte Onkologiezentrum Mittelland (OZM) nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Internationalen Norm ISO 9001:2015. Die Organzentren Prostata- und Uroonkologisches Zentrum, Viszeralonkologisches Zentrum mit Darm- und Pankreaskrebs, Brust und gynäkologische Tumore inklusive Dysplasieeinheit, Hautkrebszentrum, Neuro-onkologisches Zentrum (Hirntumorzentrum), sowie das Kopf-Halstumorzentrum wurden mitzertifiziert. Ausserdem bildet das OZM im Bereich Lymphom, Leukämie und hämatologische Systemerkrankungen einen Schwerpunkt. 2022 wurde das Kinderonkologische Zentrum erfolgreich eingeschlossen in die Zertifizierung.

18.3.2 Pflege Bereich Chirurgie

Die Pflegefachpersonen der Chirurgie zeigen sich innovativ und sind als Bereich Pflege Chirurgie ISO 9001:2015 zertifiziert. Sie wirken in den interdisziplinären und multiprofessionellen Arbeitsgruppen aktiv mit. Die Pflege des Bereichs Chirurgie arbeitet stetig an ihren Prozessen, ihre Bereichsleiterin geht als Vorbild voraus. Neu wurde eine Person als Leancoach ausgebildet und sukzessive die chirurgischen Stationen auf Lean umgestellt. 2022 wurde das ISO 9001:2015 Zertifikat erfolgreich aufrechterhalten. Lean ist für die chirurgisch Pflegenden eine Haltung und ein Versprechen an Effizienz und Effektivität zum Nutzen ihrer Patientinnen und Patienten sowie aller Mitarbeitenden.

18.3.3 Institut für Pathologie

Das Institut für Pathologie hat als Meilenstein für die vorbereitete Akkreditierung nach EN 17025 die ISO-Zertifizierung nach 9001:2015 in 2022 aufrechterhalten. In 2022 war die Akkreditierung vorgesehen, diese verschiebt sich zeitlich aus Ressourcengründen.

18.3.4 Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Die Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie hat ein breites Spektrum von Behandlungsprozessen und ist auch ein wichtiger Partner bei der Zertifizierung des Kopf-Halstumorzentrums. Die Klinik hat den Prozess der Zertifizierung nach ISO 9001:2015 aufgenommen um ihre Leistungen nach aussen besser darstellen zu können, die Prozesse insgesamt zu verbessern und um neue Mitarbeitende effizienter einzuführen. Die Klinik wurde 2022 erstmalig ISO 9001:2015 zertifiziert.

18.3.5 RQS Zertifizierung Spitalpharmazie

Die Spitalpharmazie baut mit der neuen Chefapothekerin und der neuen QMB das Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken, kurz RQS, in 2022 neu auf, um sich 2023 der Zertifizierung zu stellen.

18.3.6 Medical Base Approved by Swiss Olympics

Das Label «Sport Medical Base Approved by Swiss Olympic» erhalten lokale Anlaufstellen, die Nachwuchsleistungs- und Spitzensportler / Sportlerinnen sportphysiotherapeutisch oder sportmedizinisch beraten und behandeln. Die KSA Sportmedizin erlangte 2022 das Label.

19 Schlusswort und Ausblick

Das Jahr 2022 hat viel Neues gebracht. Der neue CEO hat mit dem Verwaltungsrat und der Geschäftsleitung die neue KSA Gruppenstrategie erarbeitet. Die neue Strategie und die Erkenntnisse aus der Analyse des Qualitätsmanagements haben zu neuen strategischen Zielen des Qualitätsmanagements geführt.

Der neue Qualitätssteuerausschuss gibt die Richtung der Qualitätsentwicklung vor, die Mitglieder der Qualitätskommission zeigen sich innovativ und begeistert und fungieren als Multiplikatoren der Qualitätsaktivitäten.

Die grösste Leistung aber wird durch die motivierten Mitarbeitenden erbracht, die sich 24h/7Tage die Woche für eine hohe Dienstleistungsqualität im direkten Patientinnen- und Patientenkontakt einsetzen.

Ziel des Bundes ist eine systematische und strukturierte Verbesserung der Qualität der Leistungen. Der Bund setzt zur Erreichung ihrer Ziele eine Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) ein. Das KSA wird einen neuen Qualitätsvertrag über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge; Art. 58a KVG) abschliessen und sich an diesen halten (Art. 58a Abs. 6 KVG). Mit dem Qualitätsvertrag einhergehend wird auch vom KSA die nationale Qualitätsentwicklungskonzeption angenommen und die Themen dieser Konzeption sukzessive im KSA umgesetzt oder weiterentwickelt. Die Vorbereitungen dafür haben bereits begonnen.

Eine hohe medizinische Behandlungsqualität liegt im Interesse aller Mitarbeitenden des KSA. Patient Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient Reported Experience Measures (PREMs) werden in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kliniken und Standorten der KSA Gruppe weiterentwickelt. Im Fokus des Qualitätsmanagements stehen neben einem transparenten Ausweis des Patientinnen und Patientenutzens im Rahmen der Behandlung, eine sichere Spitalumgebung mit Prozessen, die effizient und effektiv gestaltet sind einhergehend mit einer hochstehenden Dienstleistungsqualität. Das alles erreicht das KSA mit ihren hochmotivierten Mitarbeitenden. **Wir im KSA sind ein Team.**

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
Spinale Neurochirurgie
Periphere Neurochirurgie
Behandlungen von vaskulären Erkrankungen des ZNS ohne die komplexen vaskulären Anomalien (IVHSM)
Behandlungen von komplexen vaskulären Anomalien des ZNS (IVHSM)
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Epileptologie: Komplex-Behandlung
Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)
Epileptologie: Komplex-Diagnostik mit Intensivmonitoring (IVHSM)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Strabologie
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie

Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation

Cystische Fibrose
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochtumore
Plexuschirurgie
Replantationen
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und \geq 1000g)
Hochspezialisierte Neonatologie (< 28. Woche und < 1000g)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.