

# Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

28.03.2018  
Matthias Spielmann, 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 2017.

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.

### 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 2017

Dr. med.  
Hendrik Lohr  
Leiter Qualitätsmanagement  
044-934-2650  
[hendrik.lohr@gzo.ch](mailto:hendrik.lohr@gzo.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swisnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

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

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

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	13
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren .....	14
4.5 Registerübersicht .....	16
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	17
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>18</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>19</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>19</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	19
5.2 Beschwerdemanagement .....	20
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>21</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>21</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	21
<b>10 Operationen</b> .....	<b>23</b>
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen .....	23
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>25</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	25
<b>12 Stürze</b> .....	<b>27</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	27
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>29</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	29
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
<b>17 Weitere Qualitätsmessung</b> .....	<b>31</b>
17.1 Weitere eigene Messung .....	31
17.1.1 Interne Erhebung der Patientenzufriedenheit .....	31
<b>18 Projekte im Detail</b> .....	<b>32</b>

18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	32
18.1.1	Qualitätsmessung aus Routinedaten .....	32
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017 .....	32
18.2.1	Erstveröffentlichung der Mortalitätszahlen IQM .....	32
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	33
18.3.1	Aktuelle Zertifizierungen.....	33
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>34</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>35</b>
Akutsomatik .....		35
<b>Anhang 2</b>		
<b>Herausgeber .....</b>		<b>38</b>

## 1 Einleitung

Seit 100 Jahren sichert das GZO Spital Wetzikon die regionale medizinische Gesundheitsversorgung im Zürcher Oberland. Über die Jahrzehnte ist es zu einem modernen 200-Betten-Spital mit lokaler Verankerung und überregionaler Ausstrahlung herangewachsen, für das sich jedes Jahr rund 50'000 Patienten entscheiden.

Die Hauptthemen der letzten Jahre waren die spitalsweite Einführung eines webbasierten Fehlermeldeportals als Grundlage eines abteilungsübergreifenden Qualitäts- und Risikomanagements (CIRS), die Vorbereitung der Messungen von Wundinfekten in den Schweizer Spitälern (SwissNoso) sowie die Durchführung und umfassende Auswertung der verschiedenen Outcome – Messungen (ehemals Verein Outcome, neu hcri AG). Diese Messungen der Züricher Krankenhäuser wurden gemeinsam internetbasiert veröffentlicht.

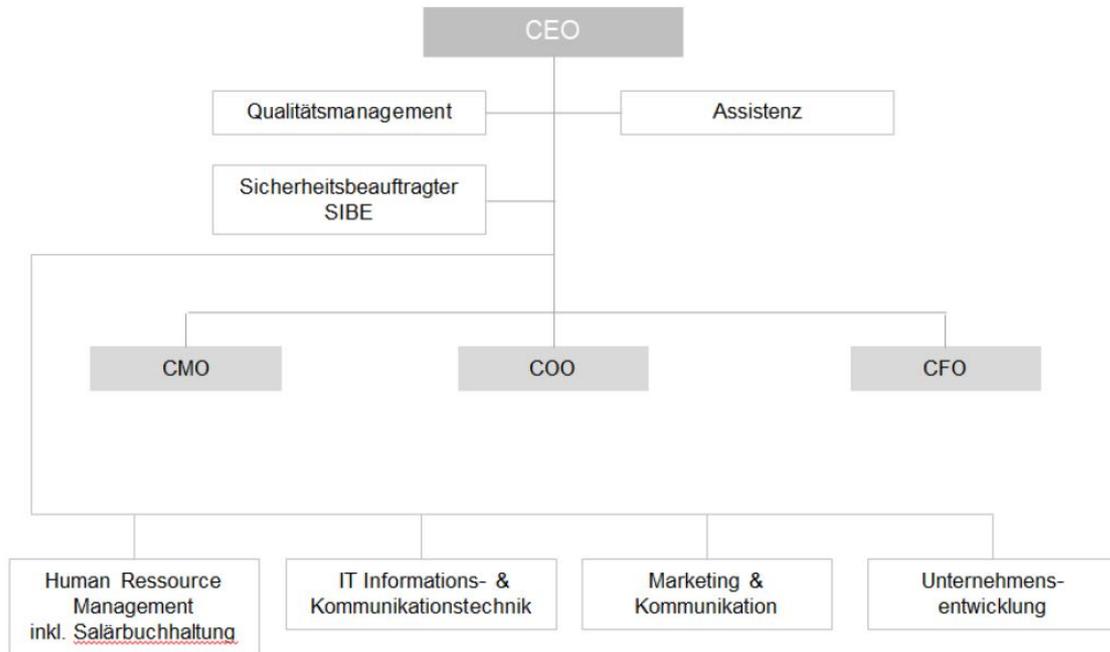
Seit dem 01.01.2010 erfassen wir die postoperativen Wundinfekte mit SwissNoso. Zum 01.08.2011 sind wir dem ANQ Qualitätsvertrag beigetreten und führen seit 2011 die Patientenzufriedenheitsmessung, als auch die Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus im Rahmen der Qualitätsvereinbarung mit dem ANQ durch. Gleichzeitig werden die Rehospitalisationsraten als auch Reoperationsraten mit SQLape erfasst. Seit 2012 erfassen wir auch die Implantate im Schweizerischen Implantat-Register SIRIS.

In Zukunft werden wir weiter verstärkt die medizinischer Ergebnisqualität auf Basis von Routinedaten erheben. Aus diesem Grund ist die GZO AG Spital Wetzikon als erstes Regionalspital der Schweiz Mitglied bei IQM geworden. In der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) engagieren sich Krankenhäuser aus Deutschland und der Schweiz für mehr medizinische Qualität bei der Behandlung ihrer Patienten. In diesem Zusammenhang werden für die Ergebnisse transparent auf der Homepage des GZO im Frühjahr/Sommer 2018 veröffentlichen.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **30** Stellenprozent zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Dr. med. Hendrik Lohr  
Leiter Qualitätsmanagement  
GZO, Spital Wetzikon  
044-934-2650  
[hendrik.lohr@gzo.ch](mailto:hendrik.lohr@gzo.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Grundlage der Tätigkeit der Qualitätskommission ist das aktuell gültige Reglement der Qualitätskommission.

**Grundlage:** Eine wichtige Voraussetzung zur Erfüllung der Anforderungen der Art. 58 KVG und Art. 77 Abs. 1 KVV ist das Vorhandensein eines systematisch aufgebauten und umgesetzten, kontinuierlichen Qualitätsmanagements im Spital. Dieses muss von der obersten Führungsebene des Spitals initiiert und getragen werden. Die Hauptverantwortung für die Qualität der Leistungserbringung, deren Sicherung und Förderung liegt bei dieser obersten Führungsebene. Die Qualitätskommission unterstützt und berät mit ihrer Arbeit die Kliniken/Institute/Abteilungen in ihrer Qualitätssicherung. Ziel: Die Qualitätskommission ist eine ständige beratende Kommission der Spitalleitung, sowie der verschiedenen Abteilungsleiter. Sie besteht aus Vertreter/innen der Spitalleitung, der Medizinischen Institute und Kliniken sowie dem Qualitätsmanager. Die Qualitätskommission steuert und koordiniert die spitalweite Umsetzung des aktuellen Qualitätskonzeptes. Die Qualitätskommission unterstützt die Umsetzung der Unternehmensstrategie, gibt Impulse zu Händen der Spitalleitung für die jährlichen Unternehmenszielsetzungen in Qualitätsbelangen und die zielorientierte Verwendung der für Qualitätsentwicklung reservierten Budgets.

#### **Aufgaben:**

Die Qualitätskommission:

1. unterstützt die Abteilungen bei koordinierten und strukturierten Evaluation und Durchführung von Qualitätsentwicklungsprojekten
2. Überwacht die Durchführung der aktuellen Q-Messungen, macht Vorschläge zu den aktuellen Messthemen, bereitet die Messthemenvereinbarungen vor und steht im engen Kontakt mit dem VZK und der GD Zürich
3. Berichtet mindestens 1x jährlich der Geschäftsleitung
4. Die Qualitätskommission orientiert die Abteilungen kontinuierlich und die Spitalleitung periodisch über laufende Projekte. Der erstellte Jahresbericht wird in geeigneter Form, der Spitalleitung sowie weiteren Interessierten zur Verfügung gestellt.

#### **Zusammenarbeit:**

Die Qualitätskommission :

1. ist verantwortlich, dass die Spitalleitung, Kliniken und Institute durch ihre Vertreter/innen regelmässig und umfassend über die Kommissionstätigkeit informiert werden können.
2. arbeitet mit anderen Kommissionen zusammen und unterhält auch Kontakt zu spitalexternen Organisationen, die auf dem Gebiete des Qualitätsmanagement tätig sind, wie z.B. dem ANQ, dem BAG, dem VZK, hcri, 3M, IQM Berlin usw.

#### **Kompetenzen:**

1. Die Qualitätskommission berät die Geschäftsleitung bei der Erarbeitung von Massnahmen zur Qualitätssicherung und strategischen Qualitätsentwicklungsentscheiden.
2. Im Auftrag der GL führt die Qualitätskommission Qualitätssicherungsprojekte aus und kontrolliert diese.

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

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

Eines der Hauptthemen im Jahr 2017 war die Weiterführung und intensiviere Nutzung des webbasierten Fehlermeldesystems (CIRS). Die kontinuierlich hohe Anzahl der eingegebenen und bearbeiteten Fälle dokumentiert die Akzeptanz eines spitalweiten Fehlermeldesystems. Die Gesundheitsdirektion Zürich (GD) konnte sich im Rahmen eines Audits von der Akzeptanz als auch Verankerung des Systems sowie der schnellen Umsetzung von Massnahmen überzeugen. Wir sind stolz darauf, dass wir alle vorgegebenen Kriterien zu 100% erfüllen konnten.

Ein weiteren Meilenstein im Qualitätsmanagement 2017 war die weitere Zusammenarbeit mit der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) in Berlin. IQM ist eine trägerübergreifende Initiative für alle Spitäler in der Schweiz und Deutschland. Ziel der freiwilligen Mitgliedschaft ist die Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität im Spital. Dabei messen IQM-Mitgliedsspitäler ihre Qualität auf Basis von Routinedaten, schaffen Transparenz durch die Veröffentlichung ihrer Ergebnisse und nehmen an Peer Review Verfahren teil. In diesem Jahr veröffentlichen die IQM-Mitgliedsspitäler, zu denen in der Schweiz bislang die Hirslanden-Kliniken und die Universitätsspitäler zählen, ihre ausgewerteten Ergebnisse des Jahres 2017. Als erstes Regionalspital der Schweiz wurde das GZO Spital Wetzikon per 1. Juli 2015 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin in Berlin. Im Rahmen der Qualitätsarbeit wurde in der Chirurgie des erste Peer Review Verfahren im November 2016 sehr erfolgreich durchgeführt. Seit Mai 2017 veröffentlichen wir regelmässig die IQM Ergebnisse auf unserer Homepage.

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

1. Laufende interne Patientenzufriedenheitserhebung und Asuwertung
2. Auswertung der ANQ - Patientenzufriedenheitsmessung vom September 2016 mit Beschluss von Verbesserungsmassnahmen.
3. Auswertung der Sturz- und Dekubitusmessung November 2016
4. Auswertungen der Rehospitalisationsraten bzw. Reoperationsraten mittels SQLape (BfS Daten von 2016)
5. Auswertung der SwissNoso Erfassung
6. Mitgliedschaft IQM Berlin und aktive Mitarbeit in den Fachausschüssen.
7. Ergebnisveröffentlichung der IQM Ergebnisse im Mai 2017

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

1. Weiterer Ausbau des CIRS zu einen umfassenden Fehlermeldeportal
2. Kontinuierliche Teilnahme an den Messungen von Wundinfekten in den Schweizer Spitalern (SwissNoso)
3. Aktive Teilnahme an der VZK Arbeitsgruppe "Qualitätsmessung".
4. Umsetzung eines spitalweiten Qualitätssicherungskonzeptes
5. Teilnahme am kantonalen Qualitätssicherungskonzept
6. Teilnahme an die Qualitätsmessungen des ANQ gemäss Qualitätsvertrag
7. Mitgliedschaft bei der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) in Berlin sowie Einführung einer systematischen Qualitätssicherung durch Auswertung von Routinedaten.
8. Aktive Teilnahme am Peer Review Verfahren in Zusammenarbeit mit 3M und der Initiative Qualitätsmedizin in Berlin

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> <li>▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen</li> <li>▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen</li> <li>▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> </ul>

## 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

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

- Führen eines Fehlermeldportales

### Bemerkungen

Seit dem 01.01.2009 verfügt das Spital Wetzikon über ein CIRS. Das CIRS steht unter Verantwortung des Leiters CIRS und von 2-3 CIRS Verantwortlichen pro Meldekreis. Momentan existieren 6 Meldekreise (Anästhesie mit IPS, Chirurgie mit Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Medizin mit Tagesklinik und Notfall, Radiologie und Technischer Dienst). Auf Wunsch der Kliniken wurde eine Lesefunktion für die abgeschlossenen Meldungen im CIRS eingeführt. Damit ist es möglich, dass ein definierter Mitarbeiterkreis einen sofortigen Zugang zu den CIRS Meldungen hat. Diese Lesefunktion steht in allen Meldekreisen zur Verfügung. Per 01.01.2015 wurde ein grosses Softwareupdate durchgeführt. Ein kleines Update mit einer Systemanpassung an die GZO - Verhältnisse erfolgte im Oktober 2015. Zusätzlich wurden im Jahr 2015 noch 2 Schulungen für die CIRS Verantwortlichen durchgeführt. In Vorbereitung auf das CIRS Audit im Frühjahr 2016 wurde für alle CIRS Verantwortlichen eine Schulung in der systematischer Fallanalyse durchgeführt. Seit Beginn der Einführung werden jedes Jahr ca. 150 Meldungen bearbeitet.

## 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 Messung(en) durchgeführt:

*Weitere Qualitätsmessung*

- Interne Erhebung der Patientenzufriedenheit

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Fortführung CIRS

<b>Ziel</b>	CIRS Information für alle Mitarbeiter
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	GZO AG
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Mitte 2016 bis Mitte 2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle

##### Einführung QLIK View Software

<b>Ziel</b>	Alle QK Mitglieder können die IQM Zahlen auswerten
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Qualitätskommission
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Mitte 2017 bis Mitte 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	schnelle Auswertung der Mortalitätszahlen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	IT Support und Mitglieder QK

#### 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 ein CIRS im Jahr 2009 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**

Für alle CIRS Verantwortlichen existiert ein verbindliches, im Intranet einsehbares, Reglement. Alle neu eintretenden Mitarbeiter werden systematisch in das CIRS eingeführt.

#### 4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2015 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

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

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

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse <https://www.gzo.ch/ueber-uns/qualitaet/initiative-qualitaetsmedizin-iqm/> 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 2016 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

#### Bemerkungen

Seit dem 01. Juli 2015 ist das GZO Spital Wetzikon Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) in Berlin. Das GZO war neben den Universitätsspitalern und der Hirslanden Gruppe das erste Regionalspital, welches auf freiwilliger Basis Mitglied bei IQM in Berlin wurde. Seit diesem Zeitpunkt ermittelt das GZO unter Leitung des Qualitätsbeauftragten Dr. med. Hendrik Lohr die medizinische Ergebnisqualität auf Basis von Routinedaten. Im Mai 2017 werden diese Daten mit der erreichten Ergebnisqualität transparent im Internet veröffentlichen. Die Initiative Qualitätsmedizin In der Initiative Qualitätsmedizin engagieren sich Krankenhäuser aus Deutschland und der Schweiz für mehr medizinische Qualität bei der Behandlung ihrer Patienten. Trotzdem die Versorgungsqualität in Krankenhäusern und Spitalern ein hohes Niveau erreicht hat, gibt es nach wie vor erhebliche Qualitätsunterschiede und Verbesserungspotenzial. Dieses Potenzial für alle in der Patientenversorgung Tätigen sichtbar zu machen und zum Wohle der Patienten durch aktives Fehlermanagement zu heben, hat sich IQM zum Ziel gesetzt. Dafür stellt IQM den medizinischen Fachexperten aus den teilnehmenden Krankenhäusern innovative und anwenderfreundliche Instrumente zur Verfügung, die auf einer offenen Fehlerkultur und kollegialer Unterstützung beruhen.

#### Die drei Grundsätze der IQM Mitglieder

1. Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten
2. Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
3. Qualitätsverbesserungen durch Peer Review Verfahren

Seit der Gründung von IQM im Jahr 2008 haben sich bereits über 390 kommunale, freigemeinnützige, öffentlich-rechtliche, internationale und private Spitäler sowie zahlreiche Universitätskliniken aus Deutschland und der Schweiz für den Weg von IQM zu mehr Qualität in der Medizin entschieden. In derzeit über 390 Spitäler aus Deutschland und der Schweiz versorgen die IQM Mitglieder jährlich ca. 6,3 Mio. Patienten stationär, damit liegt der Anteil an der stationären

Versorgung in Deutschland bei ca. 30% und in der Schweiz bei 20%. Am 08. November 2016 fand im GZO Spital Wetzikon das erste Peer Review im Departement Chirurgie statt. Ausgebildete und erfahrene Chefarzte sowie Pflegende aus anderen IQM-Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz analysierten gemeinsam mit dem verantwortlichen Chefarzt PD Dr. med. D. Frey kritische Patientenfälle auf mögliche Fehler in Abläufen und Strukturen. Von diesen gab es offenbar nur sehr wenige. Das Peer-Review-Verfahren hat gezeigt, dass die Chirurgie vieles sehr gut macht und die Abteilung eine überdurchschnittliche Leistung erbringt. Die gewonnenen Erkenntnisse aus den Fallanalysen wurden schnellstmöglich umgesetzt. Damit haben die IQM-Mitgliedskliniken die Möglichkeit, Optimierungspotenziale zu identifizieren und zielgenaue Massnahmen zur Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität umzusetzen. Die gemeinsame Diskussion der Ergebnisse ist ein wichtiger Teil des Verfahrens. Sie soll trotz unterschiedlicher Qualifikationen der Beteiligten auf Augenhöhe erfolgen und in zielgenaue Massnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität münden.

## 4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>AMDS</b> Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://www.iump.ch/ADS">www.iump.ch/ADS</a>	2015
<b>AMIS Plus</b> Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	2008
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2009
<b>ASF</b> Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	1985
<b>IDES Register</b> Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenks-prothesen	Orthopädische Chirurgie	MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie <a href="http://www.memcenter.unibe.ch">www.memcenter.unibe.ch</a>	2012
<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>	2008
<b>MIBB</b> Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie <a href="http://www.mibb.ch">www.mibb.ch</a>	seit Gründung
<b>Dialyseregister</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	2012
<b>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch">www.smob.ch</a>	2010

<b>SRRQAP</b> Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern <a href="http://www.srrqap.ch">www.srrqap.ch</a>	2013
<b>STIS</b> Swiss Teratogen Information Service	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Kl. Pharmakol. und Toxikologie	Swiss Teratogen Information Service STIS <a href="http://www.swisstis.ch">www.swisstis.ch</a>	1985
<b>SWISSVASC</b> SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry <a href="http://www.swissvasc.ch">www.swissvasc.ch</a>	2012
<b>KR Zürich/Zug</b> Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	<a href="http://www.krebsregister.usz.ch">www.krebsregister.usz.ch</a>	2010

#### 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
HQuality (VZK)	Ganzer Betrieb	2006	2014	Die exklusiven Leistungspakete führender öffentlicher Spitäler für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten sind definiert und garantiert.
Zertifikat CO2 und kWh reduziert	Ganzer Betrieb	2010	2015	Zertifikat: Energie-Agentur der Wirtschaft
Clean Air Zertifikat	OP	2014	2014	CAS Clean Air Service AG
Zertifikat REKOLE	Betriebliches Rechnungswesen	2013	2013	H+ Die Spitäler der Schweiz
Netzwerkpartner des zertifizierten Brustzentrums Senosuisse, Standort KSW	Brustzentrums Senosuisse	2015	2018	

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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 subjektiver Gesundheitseinschätzung erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

#### Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
<b>GZO, Spital Wetzikon</b>	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.11 (4.03 - 4.20)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.47 (4.38 - 4.55)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.59 (4.51 - 4.67)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.37 (4.26 - 4.48)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.93 (3.82 - 4.03)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	86.40 %

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

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

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

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

Die Erfassung der Patientenzufriedenheit ist uns ein wichtiges Anliegen. Aus diesem Grund erfassen wir neben der Patientenzufriedenheit mit einem eigenen Fragebogen auch die Patientenzufriedenheit mittels ANQ-Fragebogen. Im Jahr 2016 wurde der Fragebogen grundlegend neu gestaltet. Ein Vergleich mit den Vorjahresbefragungen ist somit nicht mehr direkt möglich. Im direkten Vergleich mit dem Gesamtkollektiv sind die gemessenen Werte nicht signifikant verschieden.

### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>	
<b>GZO, Spital Wetzikon</b>			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	670		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	307	Rücklauf in Prozent	46 %

## 5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### GZO, Spital Wetzikon

Ärztliche Direktion  
 Prof. Dr. med. U. Eriksson  
 Departementvorsteher Medizin und ärztlicher  
 Direktor  
 044-9342300  
[direktion@gzo.ch](mailto:direktion@gzo.ch)  
 nach Vereinbarung

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse		2013	2014	2015	2016**
<b>GZO, Spital Wetzikon</b>					
Beobachtete Rate	Intern:	3.64%	3.68%	3.67%	0.00%
	Extern:	0.01%	0.19%	0.36%	0.00%
Erwartete Rate		4.25%	4.20%	4.18%	0.00%
Verhältnis der Raten***		0.86	0.92	0.96	0

\*\* Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

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

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

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

Seit 2012 liegt die Rate der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen innerhalb des Konfidenzintervalls (2012 und 2015) bzw. darunter (2013 und 2014). Im Jahr 2016 (Daten von 2015) wird nur noch angegeben, ob die Werte innerhalb oder ausserhalb der Norm liegen. Auf Grund der unverändert guten Resultate besteht aktuell kein Handlungsbedarf. Der Bericht 2017 (BfS Zahlen 2016) liegt noch nicht vor.

#### Angaben zur Messung

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

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

## 10 Operationen

### 10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse	2013	2014	2015	2016 **
<b>GZO, Spital Wetzikon</b>				
Beobachtete Rate	2.40%	1.80%	1.54%	0.00%
Erwartete Rate	2.25%	2.16%	2.10%	0.00%
Verhältnis der Raten***	1.08	0.83	0.73	0

\*\* Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

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

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

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

Seit 2012 liegt die Rate der potentiell vermeidbaren Reoperationen innerhalb des Konfidenzintervalls (2012) bzw. darunter (2013 bis 2014). Seit dem Jahr 2015 wird nur noch innerhalb bzw. ausserhalb der Norm angegeben. Auf Grund der guten Resultate besteht aktuell kein Handlungsbedarf. Die Daten aus dem Jahr 2017 (BfS Zahlen 2016) liegen noch nicht vor.

#### Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
<b>GZO, Spital Wetzikon</b>		
Anzahl auswertbare Operationen:		

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen\*\*\*.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	
▪	Blinddarm-Entfernungen
▪	*** Dickdarmoperationen (Colon)
▪	Kaiserschnitt (Sectio)

#### Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
<b>GZO, Spital Wetzikon</b>						
Blinddarm-Entfernungen	147	6	3.00%	3.60%	1.00%	4.10% (0.90% - 7.20%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	52	5	9.80%	8.60%	14.00%	11.10% (2.50% - 19.60%)
Kaiserschnitt (Sectio)	235	1	1.10%	0.80%	0.50%	0.50% (0.00% - 1.30%)

\* 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](http://www.anq.ch).

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

Die Infektionsraten der Apendektomien als auch der Sectiones sind weiterhin auf einen tiefen Niveau. Die modert erhöhte Infektionsrate bei Dickdarmoperationen werden gegenwärtig analysiert.

### Angaben zur Messung

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

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

#### Messergebnisse

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

	2014	2015	2016	2017
<b>GZO, Spital Wetzikon</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	8	12	2	0
In Prozent	10.70%	17.10%	3.00%	0.00%
Residuum* (CI** = 95%)				0

\* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürze 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](http://www.anq.ch).

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

Die Daten aus der Messung im November 2017 stehen noch nicht endgültig zur Verfügung.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

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

## 13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

#### Messergebnisse

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

#### Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
<b>GZO, Spital Wetzikon</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)				0	0.00%
	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	1	0	0	0	-

\* 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](http://www.anq.ch).

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

Die Daten aus der Messung im November 2017 stehen noch nicht endgültig zur Verfügung.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

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

## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Interne Erhebung der Patientenzufriedenheit

Die Erfassung der Patientenzufriedenheit ist uns ein wichtiges Anliegen. Aus diesem Grund erfassen wir neben der Patientenzufriedenheit mittels ANQ-Fragebogen auch die Patientenzufriedenheit mit einem eigenen Fragebogen. Diese Befragung führen wir ganzjährig durch. Alle austretenden Patienten müssen dabei nur 2 Fragen beantworten. Würden Sie wiederkommen und würden Sie uns weiterempfehlen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Alle austretenden Patienten können einen Fragebogen ausfüllen.

An der Befragung teilnehmen können alle austretenden Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und mindestens eine Nacht im Spital verbracht haben.

Ergebnis: 2017

Auf die Frage: Würden Sie uns weiterempfehlen, antworteten 1582 Patienten mit Ja (98.7%). Vorjahr 98.3

Auf die Frage: Würden Sie zu uns wiederkommen, antworteten 1581 Patienten mit Ja (98.6%). Vorjahr 98.9

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Mit diesem Ergebnis haben wir hohe Niveau der Vorjahre gehalten.

Summation der Ergebnisse 2016-2017

Auf die Frage: Würden Sie uns weiterempfehlen, antworteten 4249 Patienten mit Ja (98.5%).

Auf die Frage: Würden Sie uns wiederkommen, antworteten 4246 Patienten mit Ja (98.7%).

Im langfristigen Vergleich konnten wir die Ergebnisse bzgl. der Frage: Würden Sie zu uns wiederkommen leicht steigern.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Fragebogen
---	------------

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Qualitätsmessung aus Routinedaten

Seit dem 01. Juli 2015 ist das GZO Spital Wetzikon Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) in Berlin. Das GZO war neben den Universitätsspitalern und der Hirslanden Gruppe das erste Regionalspital, welches auf freiwilliger Basis Mitglied bei IQM in Berlin wurde. Seit diesem Zeitpunkt ermittelt das GZO unter Leitung des Qualitätsbeauftragten Dr. med. Hendrik Lohr die medizinische Ergebnisqualität auf Basis von Routinedaten. Im Mai 2017 werden diese Daten mit der erreichten Ergebnisqualität transparent im Internet veröffentlichen.

##### Die Initiative Qualitätsmedizin

In der Initiative Qualitätsmedizin engagieren sich Krankenhäuser aus Deutschland und der Schweiz für mehr medizinische Qualität bei der Behandlung ihrer Patienten. Trotzdem die Versorgungsqualität in Krankenhäusern und Spitalern ein hohes Niveau erreicht hat, gibt es nach wie vor erhebliche Qualitätsunterschiede und Verbesserungspotenzial. Dieses Potenzial für alle in der Patientenversorgung Tätigen sichtbar zu machen und zum Wohle der Patienten durch aktives Fehlermanagement zu heben, hat sich IQM zum Ziel gesetzt. Dafür stellt IQM den medizinischen Fachexperten aus den teilnehmenden Krankenhäusern innovative und anwenderfreundliche Instrumente zur Verfügung, die auf einer offenen Fehlerkultur und kollegialer Unterstützung beruhen.

##### Die drei Grundsätze der IQM Mitglieder

1. Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten
2. Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
3. Qualitätsverbesserungen durch Peer Review Verfahren

Seit der Gründung von IQM im Jahr 2008 haben sich bereits über 390 kommunale, freigemeinnützige, öffentlich-rechtliche, internationale und private Spitäler sowie zahlreiche Universitätskliniken aus Deutschland und der Schweiz für den Weg von IQM zu mehr Qualität in der Medizin entschieden. In derzeit über 400 Spitäler aus Deutschland und der Schweiz versorgen die IQM Mitglieder jährlich ca. 6,7 Mio. Patienten stationär, damit liegt der Anteil an der stationären Versorgung in Deutschland bei ca. 33% und in der Schweiz bei 22%.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus den Fallanalysen wurden schnellstmöglich umgesetzt. Damit haben die IQM-Mitgliedskliniken die Möglichkeit, Optimierungspotenziale zu identifizieren und zielgenaue Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität umzusetzen. Die gemeinsame Diskussion der Ergebnisse ist ein wichtiger Teil des Verfahrens. Sie soll trotz unterschiedlicher Qualifikationen der Beteiligten auf Augenhöhe erfolgen und in zielgenaue Massnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität münden.

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

#### 18.2.1 Erstveröffentlichung der Mortalitätszahlen IQM

Projektziel: Veröffentlichung der Mortalitätszahlen von IQM auf unserer Homepage

In dieses Projekt war die Qualitätskommission, das Marketing als auch die IT Abteilung involviert. Das Projekt wurde im Januar 2017 gestartet, mit dem Ziel zur Schweiz- bzw Deutschlandweiten gemeinsamen Ergebnisveröffentlichung die notwendigen Voraussetzungen zu erfüllen. Auf einem Webmeeting mit IQM wurden die Rahmendaten als auch der zeitliche Ablauf fixiert. In einem Workshop zur Ergebnisveröffentlichung Ende April 2017 wurden die letzten Rahmenpunkte besprochen. Das Projekt endete mit der pünktlichen Ergebnisveröffentlichung am 16.05.2017, 11:00 Uhr.

## **18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte**

### 18.3.1 Aktuelle Zertifizierungen

Im Jahr 2018 ist die Rezertifizierung des Brustzentrums geplant. Weitere Zertifizierungen sind nicht vorgesehen.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Schlusswort:

Durch die intensive Arbeit der Qualitätskommission ist es uns gelungen das Qualitätsmanagement an der GZO zu institutionalisieren und weiter auszubauen.

Ausblick für das Jahr 2018:

### CIRS

Aufbauend auf des CIRS Audit 2016 werden wir das CIRS in gewohnter Weise und in gewohntem Umfang weiterführen. Für 2018 sind wieder 2 gemeinsame CIRS Sitzungen geplant

### SwissNoso

Seit mehreren Jahren nehmen wir an der SwissNoso Erhebungen teil. Dabei werden in die Untersuchung alle Sectiones, Appendektomien und die Operationen am Dickdarm ganzjährig (Vollerhebung) einbezogen. Bisher wurden im Jahr ca. 150 Fälle aufgenommen. Eine Weiterführung der Messung und Auswertung der Daten ist für 2018 geplant.

ANQ Für das Jahr 2012 legte der ANQ-Vorstand die folgenden Messthemen fest. Diese werden nach einer Vertragsunterzeichnung mit dem ANQ gemessen.

- Potentiell vermeidbare Reoperationen und
- Rehospitalisationen mit SQLape;
- Postoperative Wundinfekte nach Sectiones, Appendektomien und nach definierten Koloneingriffen mit SwissNoso;
- Prävalenzmessungen „Sturz“ und „Dekubitus“ mit dem Instrument LPZ (landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten) der Universität Maastricht am 13.11.2018
- Führung Implantatregister SIRIS
- Patientenzufriedenheit mit Die Post / hcri im September 2018
- 

### IQM

Datenlieferung an IQM, Auswertung der Routinedaten, Teilnahme am Peer Review Verfahren sowie Transparente Veröffentlichung der erhobenen Daten im Frühjahr/Sommer 2018 auf der Homepage des GZO.

### Standardisierter Qualitätsbericht

Auch in diesem Jahr werden wir einen standardisierten Qualitätsbericht für das Jahr 2017 erstellen, der dann auf der Homepage von H+ veröffentlicht wird. Die Veröffentlichung ist für den 31.05.2018 geplant.

## 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 [spitalinformation.ch](http://spitalinformation.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>
Neurochirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
<b>Hormone (Endokrinologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
<b>Gefässe</b>
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)

Interventionen periphere Gefäße (arteriell)
Interventionen intraabdominale Gefäße
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Herzchirurgie und Gefäßeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Cystische Fibrose
Polysomnographie
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>
Thoraxchirurgie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und >= 2000g)

Geburtshilfe (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und $\geq$ 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und $\geq$ 1000g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)

## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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