

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

03.04.2019
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 2018.

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 2018

Dr. med.
Hendrik Lohr
Leiter Qualitätsmanagement
044-9342650
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. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbititäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

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.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	12
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	13
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	14
4.5 Registerübersicht	16
4.6 Zertifizierungsübersicht	18
QUALITÄTSMESSUNGEN	20
Befragungen	21
5 Patientenzufriedenheit	21
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	21
5.2 Beschwerdemanagement	22
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
Behandlungsqualität	23
9 Wiedereintritte	23
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	23
10 Operationen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
11 Infektionen	24
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	24
12 Stürze	26
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	26
13 Wundliegen	28
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	28
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17 Weitere Qualitätsmessung	30
17.1 Weitere eigene Messung	30
17.1.1 Interne Erhebung der Patientenzufriedenheit	30
18 Projekte im Detail	31

18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	31
18.1.1	Qualitätsmessung aus Routinedaten	31
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	31
18.2.1	Veröffentlichung der Mortalitätszahlen IQM	31
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	32
18.3.1	Qualität in Palliative Care	32
19	Schlusswort und Ausblick	33
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		34
Akutsomatik		34
Herausgeber		37

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 bzw hcri AG, neu Die Post). 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 wir die Ergebnisse transparent auf der Homepage des GZO im Frühjahr/Sommer 2019 veröffentlichen.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion 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
044-934-2650
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 2018

Eines der Hauptthemen im Jahr 2018 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 2018 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 und in der Anästhesie im September 2018 sehr erfolgreich durchgeführt. Seit Mai 2017 veröffentlichen wir regelmässig die IQM Ergebnisse auf unserer Homepage. Im Mai 2018 ist der Leiter des Qualitätsmanagement in die IQM-Lenkungsgruppe Transparenz gewählt worden.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

1. Laufende interne Patientenzufriedenheitserhebung und Asuwertung
2. Auswertung der ANQ - Patientenzufriedenheitsmessung vom September 2017 mit Beschluss von Verbesserungsmassnahmen.
3. Auswertung der Sturz- und Dekubitusmessung November 2017
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 2018
8. Peer review Anästhesie September 2018

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 Spitälern (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
9. Weiterentwicklung der Q-Indikatoren in der IQM-Lenkungsgruppe Transparenz

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.

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

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

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

- 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

Ziel	CIRS Information für alle neu eintretenden Mitarbeiter
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	GZO AG
Projekte: Laufzeit (von...bis)	01.01.2018 bis 31.12.2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Involvierte Berufsgruppen	alle

Einführung Plus Paket 3M

Ziel	Alle QK Mitglieder können die IQM Zahlen auswerten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Qualitätskommission
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Mitte 2018 bis Mitte 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	schnelle Auswertung der Mortalitätszahlen
Involvierte Berufsgruppen	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 im Jahr 2009 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.

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 2018 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 400 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 480 Spitäler aus Deutschland und der Schweiz versorgen die IQM Mitglieder jährlich ca. 7.7 Mio. Patienten stationär, damit liegt der Anteil an der stationären

Versorgung in Deutschland bei ca. 40% und in der Schweiz bei 22%. Am GZO Spital Wetzikon wurden bereits zwei Peer Review Verfahren erfolgreich durchgeführt.

Im Mai 2018 ist der Leiter Qualitätsmanagement Dr. Hendrik Lohr in den Lenkungsgruppe Indikatoren berufen worden.

Die IQM Mitgliedskliniken nutzen Qualitätsindikatoren, die auf Routinedaten basieren. Die IQI (Inpatient Quality Indicators) lassen sich ohne zusätzlichen Erfassungsaufwand aus den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser (§21 KHEntgG Datensatz in Deutschland und BFS Datensatz der Schweiz) und den darin enthaltenen medizinischen Dokumentationsdaten (ICD-10, OPS) ermitteln. Länderadaptierte Versionen der Inpatient Quality Indicators liegen für Deutschland (G-IQI), die Schweiz (CH-IQI) und Österreich (A-IQI) vor. IQM nutzt die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) sowie die CH-IQI (Swiss Inpatient Quality Indicators) für die krankheitsspezifische Abbildung des Leistungsgeschehens in einer Klinik. Derzeit bilden sie in der aktuellen Version 5.1 über 380 Ergebnis-, Mengen- und Verfahrenskennzahlen zu über 60 bedeutsamen Krankheitsbildern und Behandlungen ab.

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA MONITORING DER ANÄSTHESIEQUALITÄT IN DER SCHWEIZ	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation sgar-ssar.ch/a-qua/	2015
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2008
AQC 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 www.aqc.ch	2009
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1985
Dialyseregister Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2012
IDES Register Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenks-prothesen	Orthopädische Chirurgie	MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie www.memcenter.unibe.ch	2012
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	seit Gründung

SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch	2010
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	2013
STIS Swiss Teratogen Information Service	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Kl. Pharmakol. und Toxikologie	Swiss Teratogen Information Service STIS www.swisstis.ch	1985
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2012
KR Zürich/Zug Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	www.krebsregister.usz.ch	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	Das Brustzentrum Wetzikon wurde durch die unabhängige Prüfungsstelle Doc-Cert als Netzwerkpartner von Senosuisse zertifiziert.
Qualität in Palliative Care	Palliative Care	2018	2018	Die Palliative Care des GZO Spital Wetzikon verfügt über das Label «Qualität in Palliative Care». Die Auszeichnung wird verliehen von Qualitépalliative, Schweizerischer

				Verein für Qualität in Palliative Care.
Qualitäts-Management-System nach DIN EN ISO 9001:2015	Onkologie	2018	2018	Die Onkologie des GZO Spital Wetzikon verfügt über ein von Mediconcert geprüfetes, ISO-zertifiziertes Qualitäts-Management-System.
Sport Medical Base approved by Swiss Olympic	Sportmedizin	2018	2018	Swiss Olympic attestiert der GZO-Sportmedizin eine umfassende Kompetenz als Anlaufstelle für Nachwuchs- und Spitzensportler bei medizinischen Fragen.
Zertifizierte Weiterbildungsstätte SIWF	Ganzer Betrieb	2018	2018	Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkennt die geleistete Unterstützung für die ärztliche Weiterbildung.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
GZO Spital Wetzikon		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.11	4.07 (3.99 - 4.15)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.47	4.55 (4.46 - 4.63)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.59	4.54 (4.46 - 4.62)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.37	4.44 (4.34 - 4.55)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.93	3.90 (2.80 - 4.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	86.40	88.30 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		619
Anzahl eingetreffener Fragebogen	319	Rücklauf in Prozent 52 %

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

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

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

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 ANQ-Fragebogen grundlegend neu gestaltet. Ein Vergleich mit den Vorjahresbefragungen ist erst ab 2016 somit wieder direkt möglich. Im direkten Vergleich mit dem Gesamtkollektiv sind die gemessenen Werte 2017 nicht signifikant verschieden gegenüber 2016.

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 (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2017 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 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

GZO Spital Wetzikon

Ärztliche Direktion

Prof. Dr. med. U. Eriksson

Departementsvorsteher Medizin und ärztlicher

Direktor

044-9342300

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 und www.sqlape.com

Messergebnisse

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

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

Begründung

Der Bericht 2018 (BfS Daten von 2017) liegt noch nicht vor.

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 2018 (BfS Zahlen 2017) 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.

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 und 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 2017 – 30. September 2018

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
GZO Spital Wetzikon						
Blinddarm-Entfernungen	149	2	3.60%	1.00%	4.10%	1.30% (0.50% - 3.10%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	43	2	8.60%	14.00%	11.10%	5.40% (1.40% - 12.10%)
Kaiserschnitt (Sectio)	242	1	0.80%	0.50%	0.50%	0.30% (0.40% - 1.10%)

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die Spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, 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 Infektionsraten der Apendektomien als auch der Sectiones sind weiterhin auf einen sehr tiefen Niveau. Die moderat erhöhte Infektionsrate bei Dickdarmoperationen in den Vorjahren wurden analysiert und einige Massnahmen umgesetzt. Aktuell liegen die postoperativen Wundinfektionen bei den Dickdarmoperationen deutlich unter den Infektionsraten der Vorjahre.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden 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 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, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2015	2016	2017	2018
GZO Spital Wetzikon				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	12	2	0	0
In Prozent	17.10%	3.00%	0.00%	0.00%
Residuum* (CI** = 95%)			0	0
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	81	Anteil in Prozent (Antwortrate)		75.70%

* 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/.

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"> ▪ 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. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

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

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	Vorjahreswerte			2018	In Prozent
			2015	2016	2017		
GZO Spital Wetzikon							
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	1	2	2.50%	
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	0	0	0	-	
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018	81	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			75.70%		

* 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/.

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"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ 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. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

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 2018 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: 2018

Auf die Frage: Würden Sie uns weiterempfehlen, antworteten 1670 Patienten mit Ja (99.0 %). Vorjahr 98.7 %

Auf die Frage: Würden Sie zu uns wiederkommen, antworteten 1665 Patienten mit Ja (89.9 %). Vorjahr 98.6 %

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Mit diesem Ergebnis haben wir das hohe Niveau der Vorjahre noch leicht übertroffen.

Summation der Ergebnisse 2016-2018

Auf die Frage: Würden Sie uns weiterempfehlen, antworteten 4915 Patienten mit Ja (98.7%).

Auf die Frage: Würden Sie uns wiederkommen, antworteten 4919 Patienten mit Ja (98.8%).

Im langfristigen Vergleich konnten wir die Ergebnisse bzgl. beider Fragen 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 Leiter Qualitätsmanagement Dr. med. Hendrik Lohr die medizinische Ergebnisqualität auf Basis von Routinedaten. Seit Mai 2017 werden diese Daten mit der erreichten Ergebnisqualität transparent im Internet veröffentlicht.

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 400 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 480 Spitäler aus Deutschland und der Schweiz versorgen die IQM Mitglieder jährlich ca. 7,7 Mio. Patienten stationär, damit liegt der Anteil an der stationären Versorgung in Deutschland bei ca. 40% 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 2018

18.2.1 Veröffentlichung 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 2018 nach dem Relaunch der Website 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 2018 wurden die letzten Rahmenpunkte besprochen. Das Projekt endete mit der pünktlichen Ergebnisveröffentlichung am im Mai 2018.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Qualität in Palliative Care

«Qualität in Palliative Care» Die Palliative Care des GZO Spital Wetzikon verfügt über das Label «Qualität in Palliative Care». Die Auszeichnung wird verliehen von Qualitätspalliative, Schweizerischer Verein für Qualität in Palliative Care. Der Verein lässt dafür die Leistungsqualität stationärer und ambulanter bzw. mobiler Einrichtungen und Dienste für Palliative Care durch kompetente Auditorinnen und Auditoren vor Ort überprüfen. Mit dem Zertifikats wird die hohe Qualität der Teamleistung in der Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen sowie die Qualität der Einrichtungen und Dienste anerkannt.

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 2019:

CIRS

Aufbauend auf des CIRS Audit 2016 werden wir das CIRS in gewohnter Weise und in gewohntem Umfang weiterführen. Für 2019 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 2019 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 2019
-

IQM

Datenlieferung an IQM, Auswertung der Routinedaten, Teilnahme am Peer Review Verfahren sowie Transparente Veröffentlichung der erhobenen Daten im Frühjahr/Sommer 2019 auf der Homepage des GZO. Mitarbeit in der Lenkungsgruppe Indikatoren durch den Leiter Qualitätsmanagement.

Standardisierter Qualitätsbericht

Auch in diesem Jahr werden wir einen standardisierten Qualitätsbericht für das Jahr 2018 erstellen, der dann auf der Homepage von H+ veröffentlicht wird. Die Veröffentlichung ist für den 31.05.2019 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 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
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)

Interventionen periphere Gefäße (arteriell)
Interventionen intraabdominale Gefäße
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)
Herz
Herzchirurgie und Gefäßeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
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
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Cystische Fibrose
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und >= 2000g)

Geburtshilfe (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und \geq 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und \geq 1000g)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen
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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/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.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**).