

Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

28.05.2021
Matthias Winistöfer, Spitaldirektor

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 2020.

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 2020

Frau
Sabine van der Ende
Leiterin Qualitätsmanagement
0413994478
sabine.vanderende@zgks.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform spitalinfo.ch zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

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

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten umfassend auf und trägt so dazu bei, dass ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

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	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020	10
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 Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	17
4.5 Registerübersicht	18
4.6 Zertifizierungsübersicht	20
QUALITÄTSMESSUNGEN	21
Befragungen	22
5 Patientenzufriedenheit	22
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	22
5.2 Eigene Befragung	24
5.2.1 Befragung Patientinnen und Patienten	24
5.2.2 Befragung Wöchnerinnen	26
5.3 Beschwerdemanagement	27
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	28
7.1 Eigene Befragung	28
7.1.1 Mitarbeitendenbefragung	28
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	30
9 Wiedereintritte	30
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	30
10 Operationen Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
11 Infektionen	31
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	31
12 Stürze	34
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	34
13 Wundliegen	36
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	36
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16 Zielerreichung und Gesundheitszustand Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17 Weitere Qualitätsmessungen	

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

18	Projekte im Detail	38
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	38
18.1.1	Papierlose KG	38
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020	38
18.2.1	Zertifizierung nach ISO 9001:2015	38
18.2.2	Überwachungsaudit Brustzentrum im Rahmen Brustzentrum Luzern	38
18.2.3	Patient Blood Management in der präoperativen Sprechstunde.....	38
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	38
18.3.1	ISO 9001:2015 Aufrechterhaltungsaudit	38
18.3.2	Rezertifizierung als Netzwerkpartner im Brustzentrum Luzern	38
19	Schlusswort und Ausblick	39
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		40
Akutsomatik		40
Herausgeber		43

1 Einleitung

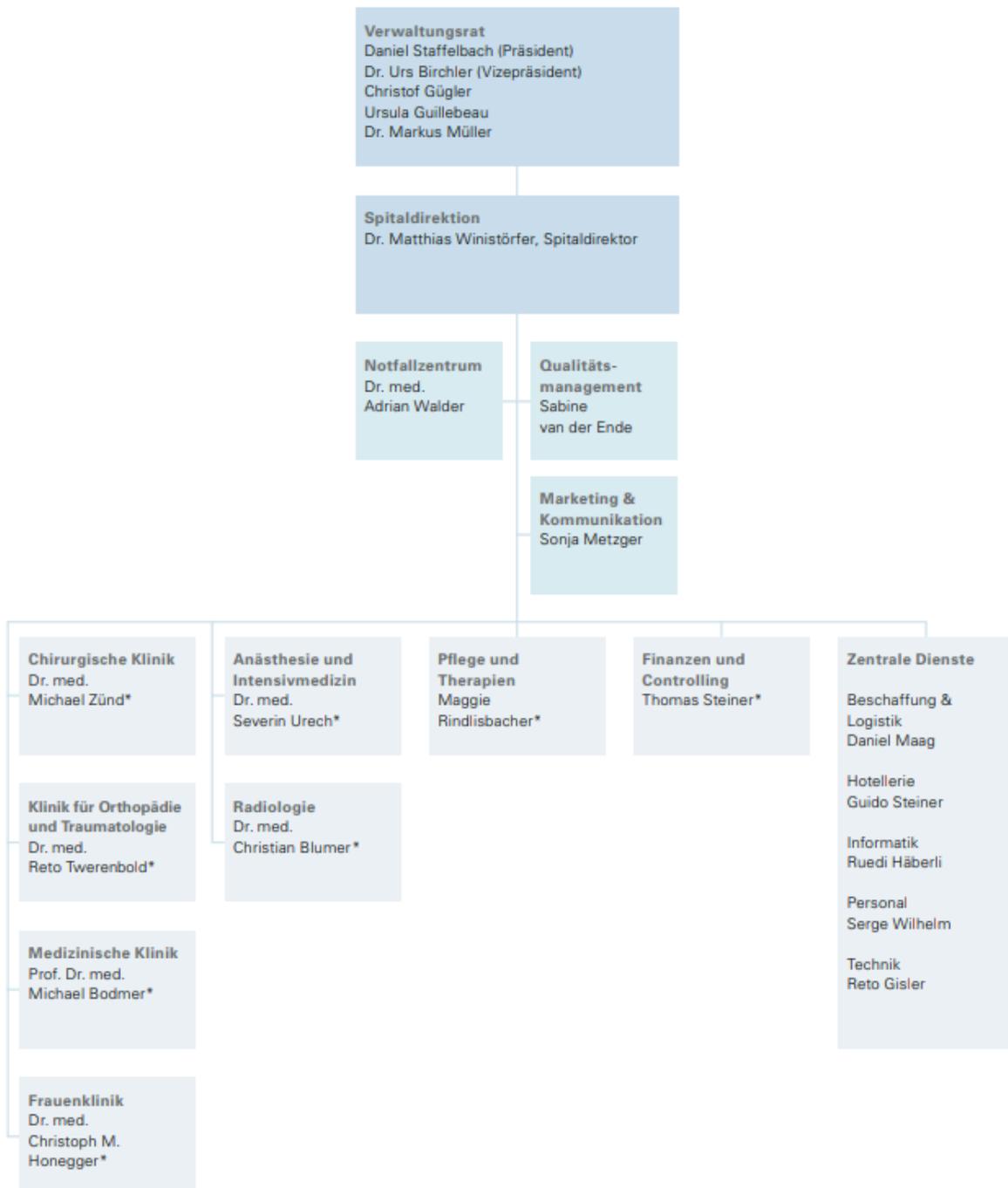
Nah am Menschen – das ist unser Leitgedanke. Wir stehen der Bevölkerung des Kantons Zug und der angrenzenden Regionen der Nachbarkantone nahe. Geografisch und besonders auch emotional. Das Zuger Kantonsspital bietet eine erstklassige medizinische Infrastruktur und umfassende Leistungspalette in einem modernen Gebäude. Wir orientieren uns an einem ganzheitlichen Behandlungskonzept, das auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten zugeschnitten ist. Für die Patientinnen und Patienten stehen im Zuger Kantonsspital rund 180 stationäre Betten der Chirurgischen Klinik, der Klinik für Orthopädie und Traumatologie, der Medizinischen Klinik und der Frauenklinik zur Verfügung. Das Institut für Anästhesie und Intensivmedizin sowie ein Institut für Radiologie ergänzen das Angebot. Zudem sind ein gut ausgestattetes Notfallzentrum, eine Intensivstation, eine Dialysestation, ein Onkologie-Zentrum, ein Rheumatologie- und Osteoporose-Zentrum, eine Schmerzambulanz sowie eine moderne Gebärabteilung vorhanden.

Die Leistungen werden gemäss kantonalem Leistungsauftrag durch rund 1.000 Mitarbeitende erbracht. Die Dienstleistungsqualität aller Spitalbereiche wird durch Patientinnen und Patienten sowie durch weitere Anspruchsgruppen und Organisationen anerkennend bewertet. Dank eines über Jahre gut verankerten Qualitätsmanagementsystems, fortlaufender Evaluation der Leistungen, einer sehr guten Rekrutierungsbasis für Mitarbeitende in allen Bereichen sowie einem umfassenden internen und externen Aus- und Weiterbildungsangebot kann die vorhandene Dienstleistungsqualität stetig den wechselnden Anforderungen angepasst und weiter entwickelt werden.

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 **65** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Sabine van der Ende
Leiterin Qualitätsmanagement
041 399 44 78
sabine.vanderende@zgks.ch

3 Qualitätsstrategie

Das Zuger Kantonsspital bietet eine erstklassige medizinische Versorgung und eine moderne Infrastruktur. Jährlich behandeln und betreuen wir mehr als 10'000 stationäre und 50'000 ambulante Patientinnen und Patienten in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie/Traumatologie und Frauenheilkunde.

Kompetent *Wir streben in unserer Arbeit eine grösstmögliche Qualität an. Unsere Professionalität orientiert sich an den vorhandenen ethischen, medizinischen, ökonomischen und ökologischen Kriterien.* Mit diesem klaren Statement im Leitbild des Zuger Kantonsspitals wird deutlich, dass die Qualität unserer täglichen Arbeit an oberster Stelle steht.

Mit der Aufrechterhaltung einer hohen Qualität und dem Erreichen oder Übertreffen der Anforderungen und Erwartungen unserer vielfältigen Anspruchsgruppen ermöglichen wir eine langfristig erfolgreiche Geschäftstätigkeit.

Mit dem Setzen von Zielen verpflichten wir uns zur kontinuierlichen Verbesserung. Alle Mitarbeitenden sind bestrebt, ihre Ziele zu erreichen und die Qualitätspolitik umzusetzen. Durch Schulungen, Weiter- und Fortbildungen sowie eine offene Kommunikation werden die Mitarbeitenden dazu befähigt. Die Qualifikation, Information und Motivation aller Mitarbeitenden ist eine grundlegende Voraussetzung für den Unternehmenserfolg. Von ihnen werden ein hohes Qualitätsbewusstsein und ein Streben nach Verbesserungen erwartet.

Die Prozessabläufe sind transparent und klar definiert. Dazugehörige Dokumente sind dem Prozess zugeordnet. Die Prozesse werden regelmässig bewertet, Ziele zur Entwicklung gesetzt und Risiken überprüft. Die dazugehörigen Dokumente sind gelenkt und werden regelmässig überprüft und aktualisiert. Gesetzliche und behördliche Forderungen werden berücksichtigt. So erreichen wir dauerhaft eine hohe Qualität.

Wir leben eine offene Fehlerkultur, binden die Patienten unter Beachtung ihrer Selbstbestimmungsrechte in den Behandlungsprozess mit ein und lernen aus gemachten Fehlern. Wir sehen es als unsere Aufgabe und Herausforderung, Bestehendes zu hinterfragen und durch kontinuierliche Verbesserungen zukunftsweisende Lösungen zu erarbeiten. Die Patientenzufriedenheit messen wir mit dafür geeigneten Umfragen. Auch bieten wir Patienten stets die Möglichkeit, positives und negatives Feedback direkt mitzuteilen. Unser Ziel ist es, auf Unzufriedenheit bereits während der laufenden Behandlung reagieren zu können.

Die Patientensicherheit steht an oberster Stelle. Ereignisse, die eine mögliche Gefährdung von Patienten mit sich bringen, werden im Critical Incident Reporting System (CIRS) erfasst und interprofessionell aufgearbeitet. Wir lernen aus Fehlern, um diese zukünftig vermeiden zu können.

In externen Benchmarks streben wir Ergebnisse über dem Durchschnitt bzw. Median an.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020

- Kontinuierliche Weiterentwicklung und Ausweitung des Klinik-Informationssystems (KIS) im Sinne der kontinuierlichen Prozessoptimierung und Vereinheitlichung von Patientendokumentationen
- Diverse Massnahmen zur Erreichung einer grösstmöglichen Patientensicherheit (z.B. Anpassungen KIS, Schulungen Medikationssicherheit, Reorganisation CIRS etc.)
- Kommunikationsschulungen für Ärztinnen und Ärzte zur Optimierung der Patienten- und Angehörigenkommunikation

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

- Ausbau der präoperativen Sprechstunde
- Einführung Patient Blood Management
- Umstellung auf elektronische Laborverordnung
- Awareness-Kampagne Cyber-Risiken
- Einführung eines pflegebasierten Schmerzdienstes
- Ausweitung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen interdisziplinär über das gesamte Spital
- Gute Ergebnisse Mitarbeitendenbefragung
- Erfolgreiches Aufrechterhaltungsaudit ISO-Norm 9001:2015
- Erfolgreiches Überwachungsaudit als Netzwerkpartner im Brustzentrum Luzern
- Durchführen von Kommunikationsschulungen für Ärztinnen und Ärzte

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Weiterhin gute Ergebnisse in sämtlichen ANQ-Messungen
- Weiterhin gute Ergebnisse bei Patientenzufriedenheitsmessungen
- Prozessoptimierungen im Sinne einer hohen Patientensicherheit
- Nutzen der zunehmenden Digitalisierung als Chance im Spitalalltag
- Fördern der interdisziplinären Zusammenarbeit

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

Bemerkungen

Gemäss Vorgaben des ANQ wurde im Jahr 2020 aufgrund der Covid-19-Pandemie die Datenerhebungen Swisnoso teilweise sistiert. Ebenso wurde die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus im Jahr 2020 nicht durchgeführt.

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Befragung Patientinnen und Patienten▪ Befragung Wöchnerinnen
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Mitarbeitendenbefragung

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Ausbau der präoperativen Sprechstunde

Ziel	Einheitlicher und effizienter Prozess für alle elektiven Anästhesieverfahren
Bereich, in dem das Projekt läuft	Alle Kliniken unter der Leitung des Instituts für Anästhesie und Intensivmedizin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Ab November 2019
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Erhöhung der Patientensicherheit, Standardisierung der Prozesse, Effizienzsteigerung
Methodik	Einführung eines neuen, standardisierten Prozesses
Involvierte Berufsgruppen	Anästhesie, Operateure
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreicher Ausbau der in 2019 eingeführten Sprechstunde
Weiterführende Unterlagen	https://www.zgks.ch/kliniken-bereiche/institut-fuer-anaesthesie-intensivmedizin/anaesthesie.html

Einführung Patient Blood Management

Ziel	Reduktion und Vermeidung von Anämie und Blutverlust
Bereich, in dem das Projekt läuft	Alle Kliniken und Institute
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Ab Oktober 2020
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Erhöhung der Patientensicherheit, Kostensenkung
Methodik	Integration in die präoperative Sprechstunde
Involvierte Berufsgruppen	Anästhesie, Pflege, Operateure
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreiche Einführung mit Ausbaumöglichkeiten
Weiterführende Unterlagen	https://www.zgks.ch/nc/zuweiser/patient-blood-management.html

Awareness-Kampagne Cyber Risiken

Ziel	Sensibilisierung der Mitarbeitenden zu Cyber Risiken
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2020
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Erhöhung Datensicherheit
Methodik	Awareness-Kampagne, Online-Schulung
Involvierte Berufsgruppen	Gesamtes Spital
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreiche Umsetzung und Sensibilisierung

Elektronische Laborverordnung aus KIS

Ziel	Prozessdigitalisierung, Effizienzsteigerung, Übertragungsfehler vermeiden
Bereich, in dem das Projekt läuft	Alle Kliniken und Institute
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2019/2020
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Papier und händische Einträge vermeiden, Prozess beschleunigen
Methodik	Digitalisierung der Prozesse
Involvierte Berufsgruppen	Labor, Pflege, Sekretariate, Ärzte
Evaluation Aktivität / Projekt	Elektronische Verordnung erfolgreich eingeführt

Anpassung Konzept Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

Ziel	Ausweitung des interdisziplinären Ansatzes
Bereich, in dem das Projekt läuft	Alle Kliniken und Institute
Projekt: Laufzeit (von...bis)	ab 2020
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Fallbesprechungen sollen besser genutzt werden und nachhaltigere Veränderungen mit sich bringen
Methodik	Neues Konzept in Anlehnung an Stiftung Patientensicherheit
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreiche Anpassung

Bemerkungen

Im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden laufend kleine und grosse Optimierungen zur Aufrechterhaltung und Steigerung der Qualität, Patientensicherheit und -zufriedenheit umgesetzt. Die o.g. Auflistung ist daher nicht abschliessend zu betrachten.

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:**Critical Incident Reporting System**

Ziel	Erhaltung und Optimierung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit Februar 2007
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Führen einer guten Fehlerkultur - Kontinuierliches Lernen
Methodik	Strukturierte Bewirtschaftung eines Meldeportals
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufende Optimierung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Steigerung der Patientensicherheit. Weiterentwicklung des Meldeportals. Optimierung der interdisziplinären CIRS-Meeting
Weiterführende Unterlagen	https://www.patientensicherheit.ch/cirnet/cirs-management/

Beteiligung von Patienten an der Patientensicherheit

Ziel	Patientensicherheit erhöhen durch Mitwirkung der Patientinnen und Patienten
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit Dezember 2012
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
Begründung	Erhöhung der Patientensicherheit
Methodik	Aktive Abgabe von Informationsmaterial der Stiftung für Patientensicherheit
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Medizin, Hotellerie
Evaluation Aktivität / Projekt	Etabliertes Vorgehen, welches beibehalten wird.
Weiterführende Unterlagen	https://www.patientensicherheit.ch/ueber-uns/fuer-patienten/

Meldeportal Hämo-, Materio-, Pharmakovigilanz

Ziel	Erhaltung und Optimierung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit Januar 2008
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Zentrale und einheitliche Meldemöglichkeit
Methodik	Strukturierte Bewirtschaftung eines Meldeportals
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Etabliertes Vorgehen, welches beibehalten wird. Weiterentwicklung des Meldeportals

Führen eines Dokumenten-Management-Systems

Ziel	Übersichtlichkeit und Aktualität von geltenden Dokumenten
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit 2017
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Bessere Lenkung von internen und externen Dokumenten
Methodik	Führen eines Dokumenten-Management-Systems
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufende Aktualisierung und Optimierung

Sichere Operation - Team Time out

Ziel	Risikominimierung bei Operationen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Chirurgie, Orthopädie/Traumatologie, Frauenklinik
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit 2013
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Erhöhung der Patientensicherheit
Methodik	Stichprobenartige Messung ob Vorgaben eingehalten werden
Involvierte Berufsgruppen	Am OP-Prozess beteiligtes Personal
Evaluation Aktivität / Projekt	Stichproben zeigen erneut eine gute Wirksamkeit der Checkliste

Bemerkungen

Im Rahmen des implementierten Dokumentenmanagement-Systems nach ISO Norm laufen kontinuierlich Qualitätsaktivitäten in Form von grösseren und kleineren Projekten, Fach- und Arbeitsgruppen (z.B. Fachgruppe Sichere Medikation, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz etc.), Kommissionen (Hygiene-, Transfusions-, Material-, Medikamentenkommission) sowie im Tagesgeschäft.

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2007 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

Bemerkungen

Es finden mehrmals jährlich CIRS-Meetings zur Diskussion und Bearbeitung relevanter Fälle statt. Dies auf der Ebene Gesamtspital sowie Meldekreis-spezifisch. Ziel ist es, sinnvolle Massnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit umzusetzen. Es besteht eine Fachgruppe, die sich nur auf CIRS-Meldungen im Bereich "Medikationsprozess" fokussiert. Im Jahr 2020 wurde das Meldeportal überarbeitet und optimiert. Eine CIRS-Schulung findet für alles neu eintretenden Mitarbeitenden statt. CIRS Fälle werden publiziert.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatrie, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2009
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	2000
Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	k. A.
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch/	k. A.
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/	2014
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik und Poliklinik für Nephrologie und Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	k. A.
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	k.A.
TR-DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin	2015

TraumaRegister DGU		www.traumanetzwerk-dgu.de	
--------------------	--	--	--

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR Zürich/Zug Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	www.krebsregister.usz.ch

Bemerkungen

Zusätzlich für Frauenklinik seit 2014:

ODSEasy - Tumordokumentation für die onkologische Vereinbarung und die Zertifizierung von Organzentren

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
ISO 9001:2015	Gesamtes Spital	2016	2019	Es finden jährliche Aufrechterhaltungsaudits statt
Sport Medical Base approved by Swiss Olympic	Medizinische Klinik; Klinik für Orthopädie und Traumatologie, Chirurgische Klinik	2008	2019	Ab 1.1.19 für vier weitere Jahre zertifiziert
Apligraf Anwender	Chirurgische Klinik	2010	einmalig nötig	Anerkennung von Ärzten, die zur Anwendung von Hautäquivalenten berechtigt sind
Partner Brustzentrum Luzern	Frauenklinik	2014	2018	Es finden jährliche Überwachungsaudits statt
HACCP	Küche	k. A.	regelmässig	unangemeldet
QualiCert	Benefit Trainingscenter	2009	2019	Es finden jährlich Überwachungsevaluationen statt
REKOLE	Finanzen	2014	2018	Rezertifizierung alle vier Jahre; jährliche interne Kontrollen
Partner Traumanetzwerk Zentralschweiz	Klinik für Orthopädie/Traumatologie	2016	2018	Es finden alle drei Jahre Rezertifizierungs-Audits statt
NuShield	Chirurgische Klinik	k. A.	einmalig nötig	Verfahren zur Wundbehandlung
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz Branchenlösung H+	Gesamtes Spital	k.A.	2019	Es finden alle fünf Jahre Audits statt
SIWF FMH ISFM zertifizierte Weiterbildungsstätte	Alle Kliniken	k.A.	2020	Jährliches Zertifikat; Neuzertifizierung nur bei Chefarzt-Wechsel

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2019 (CI* = 95%)
	2016	2017	2018	
Zuger Kantonsspital AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.12	4.12	4.24	4.08 (3.99 - 4.17)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.52	4.52	4.58	4.45 (4.36 - 4.55)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.53	4.49	4.55	4.48 (4.39 - 4.57)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.54	4.38	4.58	4.41 (4.29 - 4.53)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.95	3.99	4.06	3.94 (3.83 - 4.05)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	88.10 %	92.30 %	86.30 %	90.70 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2019				598
Anzahl eingetroffener Fragebogen	262	Rücklauf in Prozent		44 %

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

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

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 Befragungsergebnisse sind weiterhin auf gutem bis sehr gutem Niveau. Zu berücksichtigen ist, dass die Befragung über nur einen Monat nur einen kleinen Anteil widerspiegelt.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im September 2019 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.

Bemerkungen

Der Kurzfragebogen eignet sich nur bedingt, um die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten zu erfassen. Er ermöglicht lediglich einen groben Vergleich mit allen Schweizer Spitälern. Das Zuger Kantonsspital führt alle zwei Jahre eine individualisierte, ausführliche Umfrage durch. Der Vergleich mit anderen Spitälern ist auch hier gegeben und sehr wichtig für uns.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Befragung Patientinnen und Patienten

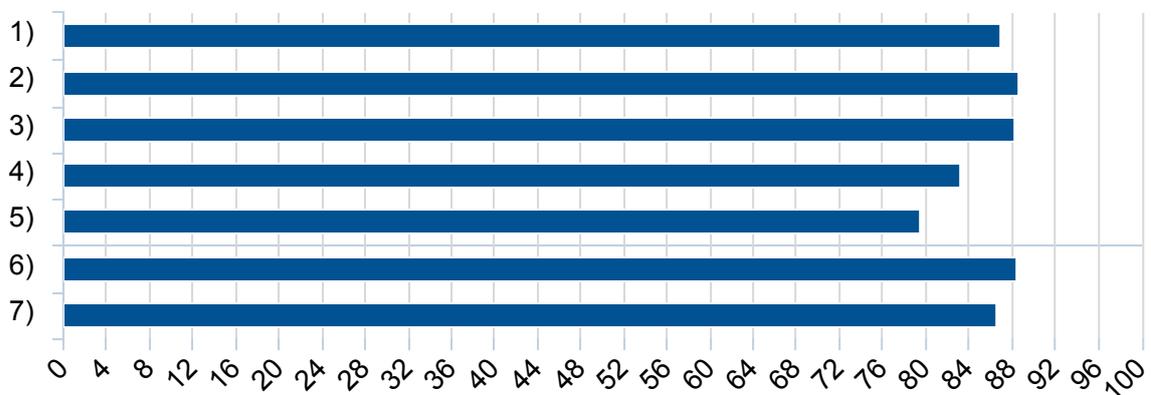
Alle zwei Jahre erheben wir die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten nach einem stationärem Aufenthalt mittels eines ausführlichen Fragebogens. Diese Befragung liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten das Spital, die Betreuung und Behandlung empfunden haben. So können wir, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einleiten.

Diese Patientenbefragung haben wir vom September 2020 bis Dezember 2020 durchgeführt. Die Befragung wurde bei den stationären Patientinnen und Patienten aller Kliniken durchgeführt. Im Befragungszeitraum wurden alle Patientinnen und Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserem Spital hatten (schriftliche Befragung kurz nach dem Austritt). Kinder wurden nicht befragt. Ebenso wurde eine Befragung der Wöchnerinnen mit einem separaten Fragebogen durchgeführt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



0 = sehr schlecht / 100 = Sehr gut

■ Zuger Kantonsspital AG

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Zuger Kantonsspital AG	87.00	88.70	88.20	83.20	79.40

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Zuger Kantonsspital AG	88.50	86.50	954	41.50 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Patientenbefragung wurde umgestellt und das Befragungsinstitut gewechselt. Daher liegt ein entsprechender Längsvergleich noch nicht vor. Ebenso prägte die Covid-Pandemie im Jahr 2020 den Spitalalltag. Die Patientenbefragung wurde vom Frühling auf den Herbst verschoben. Wir sind uns bewusst, dass die Pandemie Auswirkungen auf die Ergebnisse der Befragung hat. Im Jahr 2022 werden die Patientinnen und Patienten erneut befragt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

5.2.2 Befragung Wöchnerinnen

Alle zwei Jahre erheben wir die Zufriedenheit der Wöchnerinnen mit stationärem Aufenthalt nach einer Geburt mittels eines ausführlichen Fragebogens.

Diese Patientenbefragung haben wir vom September 2020 bis Dezember 2020 durchgeführt.

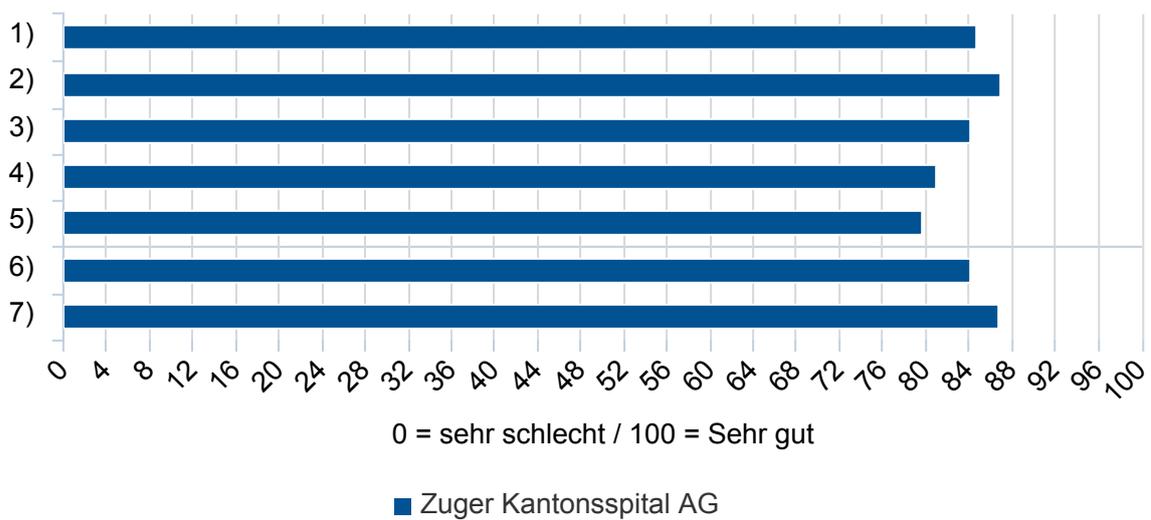
Es werden alle Wöchnerinnen mit stationärem Aufenthalt nach einer Geburt befragt.

Befragt wurden alle Wöchnerinnen >= 18 Jahre, die einen Aufenthalt von mindestens 2 Übernachtungen im Spital hatten und nach Hause ausgetreten sind (keine Verlegung in ein anderes Spital).

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Zuger Kantonsspital AG	84.70	87.00	84.20	81.00	79.60

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Zuger Kantonsspital AG	84.20	86.70	128	40.00 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Befragung der Wöchnerinnen wurde umgestellt und das Befragungsinstitut gewechselt. Daher liegt ein entsprechender Längsvergleich noch nicht vor. Die Covid-Pandemie prägte im Jahr 2020 den Spitalalltag. Die Befragung wurde vom Frühling auf den Herbst verschoben. Wir sind uns bewusst, dass die Pandemie Auswirkungen auf die Ergebnisse der Befragung hat. Im Jahr 2022 werden die Wöchnerinnen erneut befragt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Zuger Kantonsspital AG

Qualitätsmanagement

Sabine van der Ende

Leiterin Qualitätsmanagement

041 399 44 78

sabine.vanderende@zgks.ch

Dienstag-Freitag

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeitendenbefragung

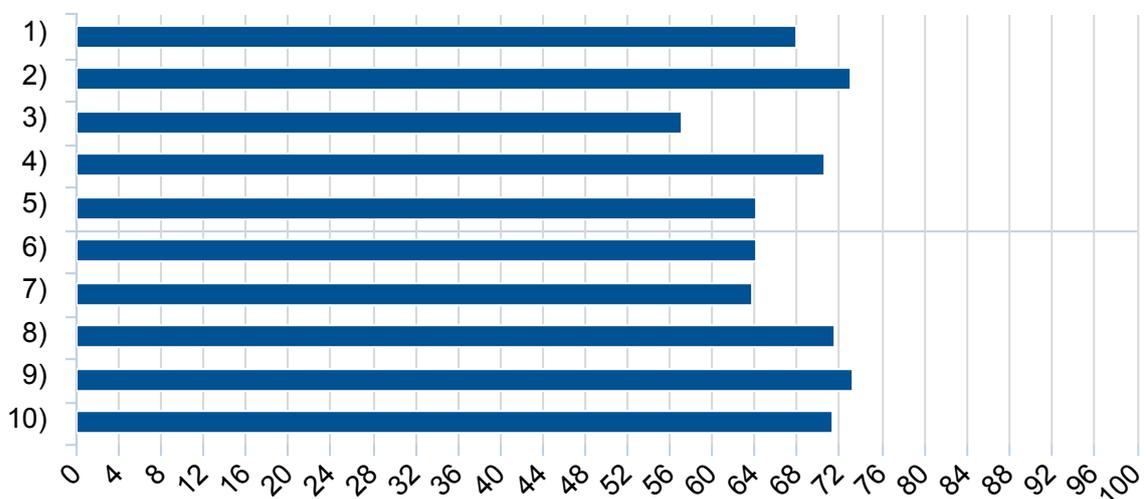
Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden wurde im Jahr 2020 gemessen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom September 2020 bis Oktober 2020 durchgeführt. Es wurden alle Mitarbeitenden des Spitals befragt (ausgeschlossen Praktikantinnen und Praktikanten).

Befragt wurden alle Mitarbeitenden, welche im Befragungszeitraum am ZGKS angestellt waren. Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Arbeitsinhalt
- 3) Lohn
- 4) Weitere Leistungen des Arbeitgebers
- 5) Arbeitszeit
- 6) Aus-, Fort- und Weiterbildung
- 7) Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- 8) Team
- 9) Führung
- 10) Arbeitsplatz



0 = Sehr unzufrieden / 100 = Sehr zufrieden

■ Zuger Kantonsspital AG

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Zuger Kantonsspital AG	67.90	73.00	57.20	70.50	64.20

Messergebnisse in Zahlen							
	Mittelwerte pro Messthemen					Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)	9)	10)		
Zuger Kantonsspital AG	64.20	63.80	71.60	73.30	71.40	551	54.00 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Covid-Pandemie prägte im Jahr 2020 den Spitalalltag. Die Mitarbeitendenbefragung wurde vom Frühling auf den Herbst verschoben. Wir sind uns bewusst, dass die Pandemie Auswirkungen auf die Ergebnisse der Befragung hat.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON Standardfragebogen plus Zusatzfragen

Bemerkungen

Das Zuger Kantonsspital wurde als "Top 2020 Arbeitgeber Healthcare - Exzellenter Arbeitgeber Grosse Spitäler Akutsomatik" ausgezeichnet.

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.

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

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2015	2016	2017	2018
Zuger Kantonsspital AG				
Verhältnis der Raten*	1	0.95	1.03	1.02
Anzahl auswertbare Austritte 2018:				7765

* 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse liegen im nationalen Vergleich im guten Bereich und wurden daher nicht im einzelnen weiter analysiert.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

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 folgender Operationen:
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020:

(Unterbruch der Messperiode, vom 1. März bis 31. Mai 2020, infolge der Covid-19-Pandemie)

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2020 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2020 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2020 (CI*)
			2017	2018	2019	
Zuger Kantonsspital AG						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	15	0	0.00%	12.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	90	7	9.21%	7.10%	6.00%	7.50% (2.10% - 13.00%)
Kaiserschnitt (Sectio)	216	2	2.10%	2.90%	2.80%	0.90% (0.00% - 2.10%)

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2018 – 30. September 2019:

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2019 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2019 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2019 (CI*)
			2016	2017	2018	
Zuger Kantonsspital AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	81	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	47	0	1.20%	0.00%	2.10%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Insgesamt finden sich im Vergleich zu allen anderen teilnehmenden Spitälern der Schweiz keine signifikant unterschiedlichen Raten an postoperativen Wundinfektionen. Ebenso findet sich keine signifikante Zu- oder Abnahme postoperativer Wundinfektionen im Vergleich zu den vorherigen Beurteilungsperioden.

Appendektomie Kinder und Jugendliche:

OP-Dauer mit 40.9 min kürzer als Durchschnitt aller anderen Spitäler (63.1 min); Timing Antibiotikaprophylaxe innerhalb einer Stunde vor OP signifikant besser (93.3%) als andere Spitäler (68.7%), kein Unterschied zu letztem Jahr

SectioOP-Dauer im Durchschnitt (44 min) entspricht dem Kollektiv aller Spitäler (46 min).

Antibiotikagabe zu 94.1% innerhalb einer Stunde vor OP signifikant besser als Durchschnitt aller anderen Spitäler (71.5%)

Kolonchirurgie:

Die SSI Rate liegt mit 7.78% statistisch nicht signifikant unter dem Kollektiv aller Spitäler (12.92 %). Statistisch gesehen ist die Fallzahl mit 90 erfassten Eingriffen klein, im Vorjahr waren es 82 Eingriffe mit einem SSI von 6.1%. Im Vergleich zur Vorperiode findet sich keine signifikante Veränderung. OP-Dauer mit 142.5 min signifikant kürzer als Durchschnitt aller anderen Spitäler (175 min);

Antibiotikagabe zu 94.1% innerhalb einer Stunde vor OP; Durchschnitt aller anderen Spitäler (79.7%), somit eine bessere Compliance als beim Kollektiv

Hüftgelenksprothesen:

OP-Dauer mit 92.8 min länger als Durchschnitt aller anderen Spitäler (79 min); Patienten im Durchschnitt älter als in anderen Spitälern.

Antibiotikagabe zu 92.6% innerhalb einer Stunde vor OP; Durchschnitt aller anderen Spitäler (88.3%); keine Infektion, daher Aussagekraft begrenzt.

Kniegelenkprothesen:

OP Dauer im Durchschnitt bei 96 min, im Vergleich mit allen Spitälern (92 min) nicht signifikant.

Antibiotikagabe zu 89.1% innerhalb einer Stunde vor OP neu über dem Durchschnitt der Schweizer Spitäler mit 86.5%. Im Vergleich zum Vorjahr (69.6%) konnte hier eine signifikante Steigerung erreicht werden. Die geringe Fallzahl reduziert die Aussagekraft.

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.

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Sturz konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

Weitere Informationen:

www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

	2017	2018	2019	2020 ***
Zuger Kantonsspital AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	3	6	–
In Prozent	1.90%	2.50%	5.08%	–
Residuum* (CI** = 95%)	-0.06 (-0.45 - 0.34)	0 (-0.41 - 0.42)	0.15 (-0.33 - 0.63)	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 ***	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

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

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Zusätzlich zu der nationalen Prävalenzmessung betreiben wir ein ständiges Sturzmonitoring. Das Sturzmanagement ist für uns ein wichtiges Thema, darum investieren wir weiter in die bisherigen Massnahmen zur Sturzprävention. Gleichzeitig wird jedes Ereignis umfassend analysiert. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden in patientenindividuelle und generelle Optimierungsmassnahmen integriert.

Ziel der Messung:

Objektive und wissenschaftlich korrekt erhobene Daten über die Ergebnisqualität Sturzraten liegen vor. Diese Daten bieten einen Überblick über Stärken und Entwicklungspotenziale am Zuger Kantonsspital und ermöglichen Vergleiche mit anderen Spitälern. Die Prävalenzrate zu Sturzereignissen gibt den Anteil der am Erhebungstag betroffenen Patienten im Verhältnis zu allen in die Erhebung eingeschlossenen Patienten an.

Zielgruppe:

An der Messung nahm der akutsomatische Bereich der Spitälern in der Schweiz teil. Am Zuger Kantonsspital waren das die Stationen der Allgemeinmedizin (MN und MS), Allgemeinchirurgie (CN und CS), der interdisziplinären Privatabteilung (PM, PC), der Intensivstation (IPS) und der Frauenklinik (FK, ausschliesslich der Wöchnerinnen und Schwangeren).

Messmethode:

Es wird das Verfahren des Landelijke Prevalentiementing Zorgproblemen (LPZ), Department of Health Care and Nursing Science, Maastricht University angewendet.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ▪ Wochenbettstationen, 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 Scherkräften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Dekubitus konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

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

Messergebnisse

		Vorjahreswerte			2020 ***	In Prozent ***
		2017	2018	2019		
Zuger Kantonsspital AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	5	3	2	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.11 (-0.98 - 0.76)	0.01 (-0.29 - 0.31)	0.05 (-0.66 - 0.76)	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 ***		–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		–	

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Zusätzlich zur nationalen Prävalenzmessung betreiben wir ein ständiges Dekubitusmonitoring. Das Dekubitusmanagement ist für uns ein wichtiges Thema, darum investieren wir weiter in die bisherigen Massnahmen. Gleichzeitig wird jedes Ereignis umfassend analysiert. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden in patientenindividuelle und generelle Optimierungsmassnahmen integriert.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Papierlose KG

Die laufende Weiterentwicklung des KIS ist ein kontinuierliches Qualitätsprojekt. Alle Bereiche arbeiten papierlos. Die patientenrelevanten Daten stehen für alle Berechtigten jederzeit elektronisch zur Verfügung. Separat laufende Datensysteme sind weitestgehend in das KIS integriert, um Systembrüche zu vermeiden und Patientendaten zusammenzuführen.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

18.2.1 Zertifizierung nach ISO 9001:2015

Die Aufrechterhaltung der Zertifizierung ISO 9001:2015 bedarf kontinuierlicher Anpassungen und Weiterentwicklungen. Die internen Audits unterstützen die kontinuierliche Verbesserung. Das Aufrechterhaltungsaudit wurde im September 2020 erfolgreich durchgeführt.

18.2.2 Überwachungsaudit Brustzentrum im Rahmen Brustzentrum Luzern

Das jährliche Überwachungsaudit wurde im November 2020 erfolgreich durchgeführt.

18.2.3 Patient Blood Management in der präoperativen Sprechstunde

Die im November 2019 eingeführte präoperative Sprechstunde wurde erfolgreich geführt. Alle ambulanten und stationären Patienten, die ein elektives Anästhesieverfahren benötigen, durchlaufen einen einheitlichen und effizienten Prozess. Die zentrale Koordination läuft über das Sekretariat der präoperativen Sprechstunde unter der Leitung der Anästhesie. Alle involvierten Berufsgruppen (Pflege, Operateur, Anästhesie) können präoperativ rechtzeitig die nötigen bzw. gesetzlich vorgeschriebenen Abklärungen und Massnahmen vornehmen. Die Hausärzte werden für präoperative Abklärungen mit einbezogen. Die Patientensicherheit wird zusätzlich durch eine standardisierte Medikationsanamnese vor Eintritt erhöht. Neu wurde das Patient Blood Management in die präoperative Sprechstunde integriert. Ziel ist es rechtzeitig Anämien zu erkennen, einen Blutverlust zu minimieren und Bluttransfusionen zu verhindern.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO 9001:2015 Aufrechterhaltungsaudit

Im September 2020 wurde das Aufrechterhaltungs-Audit nach der ISO-Norm 9001:2015 erfolgreich bestanden.

18.3.2 Rezertifizierung als Netzwerkpartner im Brustzentrum Luzern

Im November 2020 wurde das Überprüfungs-Audit als Netzwerkpartner im Brustzentrum Luzern erfolgreich bestanden.

19 Schlusswort und Ausblick

Unser aller Handeln wird davon geleitet, in den Bereichen Patientensicherheit, Behandlungs- und Pflegequalität sowie der Patientenzufriedenheit die Erwartungen zu erfüllen und bestmögliche Ergebnisse zu erzielen.

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
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Augen (Ophthalmologie)
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien

Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefässe
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie Carotis
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Einfache Herzchirurgie
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
Transplantationen
Herztransplantation (IVHSM)
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
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Geburtshilfe

Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und \geq 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und \geq 1000g)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)

Bemerkungen

Die Auflistung entspricht nicht dem Leistungsauftrag des Kantons Zug. Das stationäre Leistungsangebot entspricht der aktuellen Spitalliste des Kantons Zug.

Link: [Spitalliste 2012 Akutsomatik gültig ab 1. Januar 2020.pdf](#)

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.