

# Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

21.05.2025  
Ulrike Sollmann, Leitung Qualitäts- und  
Prozessmanagement

Version 1

**Kantonsspital Aarau AG**

[www.ksa.ch](http://www.ksa.ch)



**Akutsomatik**

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2024.

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 sind im Inhaltsverzeichnis 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.

Die Risikoadjustierung oder Risikobereinigung ist ein statistisches Verfahren, um Qualitätsindikatoren für Unterschiede im Patientengut der Spitäler (z.B. im Case Mix und Behandlungsangebot) zu korrigieren. Um Spitäler trotz solcher Unterschiede ihrer Patient:innen hinsichtlich ihrer erbrachten Qualität schweizweit vergleichen zu können, müssen die Indikatoren für bestimmte Patientenrisikofaktoren adjustiert werden.

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 aktuell 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 2024

Ulrike Sollmann  
Leitung Qualitäts- u. Prozessmanagement  
0628389379  
[ulrike.sollmann@ksa.ch](mailto:ulrike.sollmann@ksa.ch)

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

Die H+ Qualitatsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten, die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) dargestellt werden können. Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei.

Die Herausforderungen bleiben weiterhin vielfältig für die Spitäler und Kliniken. Sie müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

Der Personalmangel und nicht-kostendeckende Tarife waren für H+ und die Spitäler weiterhin ein grosses Thema. Anfang November 2024 wurde das ambulante Gesamt-Tarifsystem dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Viele Spitäler und Kliniken haben das Projekt bereits gestartet und erste Schritte erledigt.

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den Qualitatsvertrag (QV58a) zwischen curafutura, santésuisse und H+ genehmigt (vgl. [Medienmitteilung des Bundesrates](#)) und diesen per sofort in Kraft gesetzt. Der QV58a legt klare Regeln für eine verbindliche und transparente Qualitätsentwicklung fest; er gilt gesamtschweizerisch für alle Spitäler und Kliniken.

H+ hat einen analogen Qualitatsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitatsvertrag finden Sie auf der H+ Website: [www.hplus.ch](https://www.hplus.ch) – [Qualität – Qualitatsvertrag](#). Als Publikationsort wurde die Plattform [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdeklaration vorgenommen. Ab der Vorlage 2025 werden dann diese Angaben zur Qualitätsentwicklung automatisch in den H+ Qualitätsbericht integriert.

Der Qualitätsbericht 2024 ist wiederum aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Im aktuellen Qualitätsbericht können zudem erstmalig die IQM Peer Review Verfahren aufgeführt werden.

Die bisherige Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wird künftig abgelöst. Auf Initiative der Spitäler und Kliniken, ist der ANQ daran andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen und weiterzuentwickeln. Das Ziel ist, künftig klinische Routinedaten und somit Daten aus den elektronischen Patientendokumentationen nutzbar zu machen, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen.

Im H+ Qualitätsbericht sind jeweils neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](https://www.anq.ch).

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt. Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt diesen Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	18
4.4.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews .....	19
4.5 Registerübersicht .....	20
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	23
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>27</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>28</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>28</b>
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene .....	28
5.2 Eigene Befragung .....	30
5.2.1 Elektronische Patientenbefragung .....	30
5.3 Beschwerdemanagement .....	31
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>32</b>
6.1 Nationale Befragung im Kinderbereich in der Akutsomatik – Eltern .....	32
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> .....	<b>34</b>
7.1 Eigene Befragung .....	34
7.1.1 Fokus-Befragung .....	34
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>35</b>
8.1 Eigene Befragung .....	35
8.1.1 Zuweisendenzufriedenheitsmessung .....	35
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>37</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>37</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>37</b>
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen .....	37
<b>10 Operationen</b> .....	<b>39</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	39
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>40</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	40
<b>12 Stürze</b> Im Spital erworbene Stürze werden erhoben, der Datensatz wird vorbereitet auf die nationale Sturzmessung. Keine Prävalenzmessung, sondern Inzidenzmessung.	
<b>13 Dekubitus</b> Die im Spital erworbenen Dekubitus werden erfasst. Der Datensatz wird angepasst, damit die Inzidenzmessung erfolgen kann.	
<b>Messungen in der Psychiatrie</b> .....	<b>43</b>
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>43</b>

14.1	Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen.....	43
14.1.1	Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen.....	43
<b>15</b>	<b>Symptombelastung psychischer Störungen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
	<b>Messungen in der Rehabilitation .....</b>	<b>0</b>
<b>16</b>	<b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
	<b>Weitere Qualitätsaktivitäten .....</b>	<b>0</b>
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>44</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	44
18.1.1	Rollout Qualitätsmanagementsystem .....	44
18.1.2	Umsetzung Qualitätsindikatoren Dashboard.....	44
18.1.3	Just Culture .....	45
18.1.4	PROMS .....	45
18.1.5	Mitarbeitendenumfrage .....	46
18.1.6	Interne PREM.....	46
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024 .....	47
18.2.1	Vorprojekt Qualitätsindikatorendashboard .....	47
18.2.2	Implementierung Software Qualitätsmanagementsystem.....	47
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	48
18.3.1	Alterstraumatologie .....	48
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>49</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>	<b>50</b>
	Akutsomatik .....	50
	<b>Herausgeber .....</b>	<b>53</b>

# 1 Einleitung

## **KSA - Excellente Medizin. Jederzeit. Für alle.**

Wir setzen täglich alles daran, die Gesundheit unserer Bevölkerung mit Kompetenz, Forschung und Innovation zu bewahren, zu fördern und wiederherzustellen. Unsere Fachpersonen kümmern sich mit viel Engagement und Leidenschaft um die Menschen, die sich uns anvertrauen – rund um die Uhr, in jeder Lebenslage und bei allen medizinischen Fragestellungen. Indem wir die Fachkräfte von morgen ausbilden und für unsere Patientinnen und Patienten Forschung betreiben, gestalten wir die Medizin von morgen. So dass im Sinne einer Vision auch künftig gilt: Das KSA bietet allen Menschen jederzeit eine exzellente medizinische Behandlung.

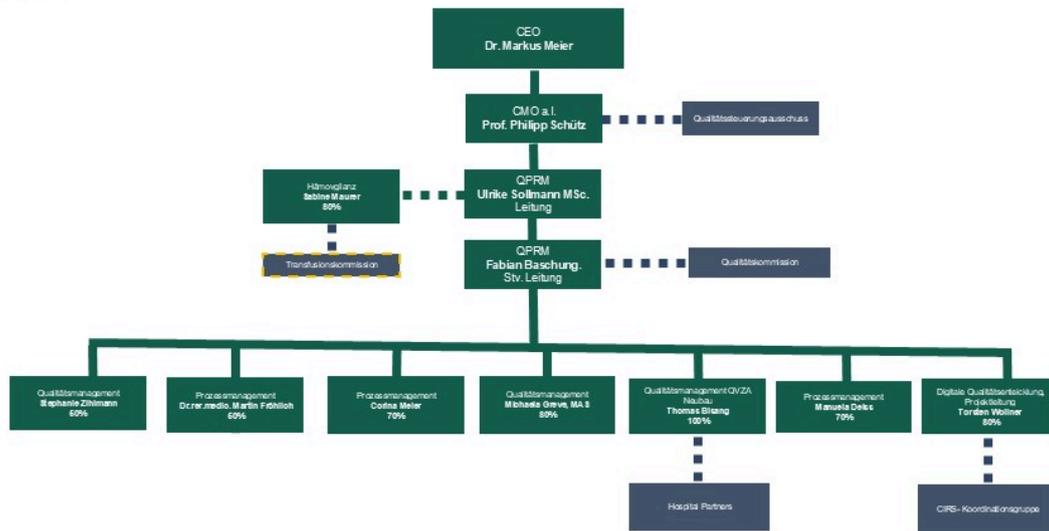
Das vergangene Jahr endete mit einem bedeutenden Meilenstein: Die Kantonsspital Aarau AG (KSA) und die Swiss Medical Network Holding AG (SMN) einigten sich auf den Verkauf des Spitals Zofingen. Damit konnte eine länger andauernde Unsicherheitsphase erfolgreich beendet werden. Die wohnortnahe medizinische Grundversorgung in der Region Zofingen bleibt gesichert und alle rund 740 Arbeitsplätze im Spital und im Pflegezentrum bleiben erhalten. Zusätzlich wurde eine strategische Kooperation mit SMN etabliert, wodurch das KSA als Referenzspital für die tertiäre Versorgung in der SMN-Versorgungsregion positioniert wird. Diese Partnerschaft sorgt für eine nachhaltige Vernetzung zwischen Zofingen und Aarau und stärkt die Rolle des KSA als führendes Zentrumsspital. Parallel zu dieser wegweisenden Entscheidung wurde die Führungsstruktur des KSA gestrafft: Die Geschäftsleitung wurde Ende 2024 gezielt verkleinert, um eine agile und effiziente Entscheidungsfindung sicherzustellen. Diese neue, umsetzungsorientierte Struktur ermöglicht es, strategische Weichenstellungen schneller in die Praxis umzusetzen. Sie wird zudem die Implementierung der neuen Unternehmensstrategie weiter begünstigen. Mit diesen klaren Entscheidungen hat die neue Führung des KSA, unter der Leitung von Verwaltungsratspräsident Dr. Daniel Lüscher und CEO Dr. Markus Meier, entscheidende Schritte unternommen, um das KSA auf einen nachhaltigen Erfolgskurs zu bringen. Seit seinem Amtsantritt am 1. August 2024 setzt sich Dr. Meier mit klarem Fokus dafür ein, das KSA als eines der führenden Zentrumsspitäler der Schweiz zu positionieren.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

Organigramm Qualitäts-, Prozess- und Rückmeldungsmanagement (QPRM)  
Risikomanagement  
Stand 01.01.2025



Das KSA Qualitätsmanagement umfasst das Qualitäts-, Prozess(Lean)-, Rückmeldungs- sowie Risikomanagement. Es gab Änderungen in der Organisation. Organisatorisch ist das Qualitätsmanagement direkt der Geschäftsleitung angehängt (neue Funktion: CMO Chief Medical Officer).

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **700** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Ulrike Sollmann  
Leitung Qualitäts-, Prozess- und Rückmeldungsmanagement  
062 838 9379  
[ulrike.sollmann@ksa.ch](mailto:ulrike.sollmann@ksa.ch)

Herr Prof. Dr. med. Philipp Schütz  
CMO a.l.  
0628389524  
[philipp.schuetz@ksa.ch](mailto:philipp.schuetz@ksa.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

**Aus der KSA Gruppenstrategie 2022 wurden vier strategische Ziele des Qualitätsmanagements abgeleitet für die Jahre 2022 - 2025.**

**2025 wird die KSA Strategie erneuert und die strategischen Ziele des Qualitätsmanagements überarbeitet.**

#### **Vision**

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

#### **Mission**

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

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

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

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

#### **Strategische Qualitätsziele 2022 - 2025**

Ein Qualitätsmanagementsystem ist gruppenweit wirksam aufgebaut und wird kontinuierlich weiterentwickelt im PDCA Verbesserungskreislauf und deckt alle internen und externen Anforderungen ab.

Die Effizienz und Effektivität in den Prozessen ist mittels Prozesskennzahlen und internen und externen Prozessaudits ausgewiesen und kontinuierlich verbessert.

Unerwünschte medizinische Ereignisse werden systematisch unter Einbeziehung des Risiko-,Berichts- und Lernsystems analysiert und Massnahmen zur präventiven Schadensverhinderung und wirksamen Ursachenbekämpfung gesetzt.

Die Patientenbehandlung erfolgt patientenzentriert.

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

#### **3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024**

Folgend die Qualitätsschwerpunkte des zentralen Qualitätsmanagements 2024:

- Vorbereitung des Rollouts des Qualitätsmanagementsystems, Systemkonfiguration und Planung des Rollout im PDCA
- Erstellung SOP Prozess- und Dokumentenmanagement
- Vorprojekt Qualitätsindikatorendashboard
- Vorprojekt Patient Reported Outcome Measures PROMs
- Umsetzung Enterprise Risk Management auf GL/ VR Stufe und erste operative Bereiche
- Erfolgreiche Aufrechterhaltung Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) und ISO 9001:2015 in definierten Bereichen /Kliniken und erfolgreiche Aufrechterhaltung der Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP) ISO 13485

### **3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024**

- Vorbereitung des Rollouts des Qualitätsmanagementsystems, Systemkonfiguration und Planung des Rollout im PDCA abgeschlossen
- Erstellung SOP Prozess- und Dokumentenmanagement und Integration in die QMS Software
- Geschäftsprozesslandkarte KSA freigegeben
- Erste Prozesslandkarten Kliniken und Bereiche ertelt und freigegeben
- CIRS Evaluation, Weiterentwicklung CIRS Konzept und Prozesse
- Vorprojekt Qualitätsindikatorendashboard abgeschlossen, 2025 Projektierung
- Vorprojekt Patient Reported Outcome Measures PROMs abgeschlossen, 2025 Projektierung
- Umsetzung neue SOP und Prozess Enterprise Risk Management auf GL/ VR Stufe und erste Bereiche, 2025 weitere Bereiche, erste Kliniken
- Erfolgreiche Aufrechterhaltung Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) und ISO 9001:2015 in definierten Bereichen /Kliniken und erfolgreiche Aufrechterhaltung der Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP) ISO 13485
- Neuevaluation Institut für Zertifizierungen im Inland, Wechsel in 2025

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

#### Strategische Qualitätsentwicklung und Ziele 2025-2028

##### **Patientensicherheitskultur - Just Culture**

Um ein Berichts- und Lernsystem zur präventiven Schadensverhinderung zu führen, bedarf es einer konstruktiven und offenen (Patientensicherheits-) Kultur. Gemeinsame Definitionen zu medizinischen (beinahe) Ereignissen werden erstellt und die Meldeprozesse überarbeitet.

##### **Berichts- und Lernsystem**

Unerwünschte medizinische Ereignisse werden systematisch unter Berücksichtigung des Risiko-, Kommunikations- und Lernsystems analysiert und Massnahmen gesetzt zur präventiven Schadensverhinderung und wirksamen Ursachenbekämpfung. Hierfür wird ein interprofessionelles, interdisziplinäres Gremium eingesetzt.

##### **Qualitätsmanagementsystem QMS**

Das Qualitätsmanagementsystem ist intern auditiert und extern in definierten Bereichen / Kliniken zertifiziert. Die Qualität wird aus dem QMS ausgewiesen.

##### **Qualitätsindikatorendashboard**

Das interne Qualitätsindikatorendashboard ist benchmarkfähig. Die Ergebnisse werden transparent auf allen Stufen des KSA kommuniziert und eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung erzielt.

##### **Patientenzentriertheit - PREMs/PROMs**

Ergebnisse aus PREMs/PROMs (Patient Reported Experience Measures und Patient Reported Outcome Measures) Messungen fliessen in das interne Qualitätsdashboard ein. Die Ergebnisse werden nachweislich zur Verbesserung der Behandlung der Patientinnen und Patienten genutzt.

##### **Integriertes Risikomanagement**

Das Risikomanagement wird integral geführt. Informationssicherheit, betriebliche Sicherheit und klinische Sicherheit bilden die Pfeiler. Das BCM (Business Continuity Management) wird integriert. Die Kliniken des KSA wenden evidenzbasierte Praktiken zur Vorbeugung unerwünschter Ereignisse systematisch und nachhaltig an. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der WHO, der OECD, den nationalen und kantonalen Behörden, den Patientenvereinigungen, den Fachgesellschaften und den Verbänden der Spitäler.

## 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](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene</li> <li>▪ Nationale Befragung im Kinderbereich in der Akutsomatik – Eltern</li> <li>▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swisnoso</li> <li>▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)</li> <li>▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen</li> </ul>

#### Bemerkungen

Die KSA AG nimmt an allen Messungen des nationalen Vereins für Qualitätssicherung in den Spitälern (ANQ) teil und begrüsst die Grunderneuerung der Messinstrumente. Die KSA AG nimmt, wann immer möglich, an Pilotmessungen des ANQ teil und bringt sich bei der Verbesserung der Indikatoren ein (Bsp. Patient Safety Indicators).

Der seit 2011 national eingesetzte ANQ-Kurzfragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit wird ab 2025 durch ein differenziertes Befragungsinstrument abgelöst. Dieses soll den künftigen Anforderungen an die Erfassung noch besser Rechnung tragen. Das KSA hat an der Pilotmessung von **Swiss PREMs** im April 2024 teilgenommen. Eingesetzt wird der kanadische Fragebogen CPES-IC (Canadian Patient Experiences Survey - Inpatient Care). Der interne PREM Fragebogen (Picker 15 Items) wird ersetzt durch den CPEC-IC, um eine frühere Evaluation der Ergebnisse anzustreben.

Im April 2023 wurde das letzte Mal die Befragung nach der alten Methodik durchgeführt. Die Weiterentwicklung betrifft auch den Elternfragebogen, welcher im Kinderspital eingesetzt wird. Die KSA AG hat die interne Messung PREM bereits 2022 eingeführt.

Bis 2022 wurden die Dekubitus-Raten mit einem hohen personellen Ressourceneinsatz erhoben (Stichtag - Punktprävalenzmessung). Ob sich Patientinnen

und Patienten im Spital "wundliegen" und dadurch schmerzhafte Hautverletzungen erleiden, ist ein wichtiger (pflegesensitiver) Qualitätsindikator.

Stürze im Spital wurden rückblickend auf 30 Tage erfasst (Periodenprävalenz). Dazu zählen Sturzraten im Spital, Sturzfolgen und Gesamtverletzungsraten. Als Messmethode wurde das Verfahren LPZ International (International Prevalence Measurement of Quality of Care) der Universität Maastricht angewandt. Die Messung wurde in 2023 sistiert. Der ANQ verfolgt das Ziel, klinische Routinedaten, Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. Dafür unterstützt er das PROJEKT VIS(Q)UAL DATA der Berner Fachhochschule BFH.

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

Die KSA AG registriert im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie künstliche Knie- und Hüftgelenke. Das Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie bezweckt die Förderung der Behandlungsqualität in der Orthopädie. Getragen wird es von der Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin SIRIS. Eingeschlossen sind alle Eingriffe mit Totalprothesen und Teilprothesen, jedoch keine Osteosynthesen. Es werden nur die Daten von Patientinnen und Patienten erfasst, die ihr schriftliches Einverständnis zur elektronischen Datenverarbeitung im SIRIS Register gegeben haben.

Seit 2021 registriert SIRIS Spine den häufigsten Wirbelsäuleneingriff, die Spondylodesen im lumbalen Bereich (Versteifung der Wirbelsäule). SIRIS Spine schafft eine solide Datenbasis, um die Operations- sowie Implantatqualität zu beurteilen und nationale und internationale Vergleiche in der Wirbelsäulenchirurgie durchzuführen. Damit leistet das Register einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung und -entwicklung. Seit 2022 sind zusätzlich auch die Vertebroplastik und die Kyphoplastik (minimalinvasive Verfahren bei Wirbelfrakturen) verpflichtend im Register zu erfassen. Nach einer Pilotphase zur Koppelung SIRIS/PROMs (Patient Reported Outcome Measures) kann die Befragung seit Mai 2024 durchgeführt werden. Die KSA AG beteiligte sich 2023 an der Pilotphase mit der Orthopädischen und Neurochirurgischen Klinik. Die SIRIS Stiftung mandatiert die europäische Wirbelsäulengesellschaft EUROSPINE mit Sitz in Zürich mit der Registerführung. EUROSPINE arbeitet mit dem englischen Registeranbieter NEC Software Solutions zusammen. Damit ist auch die Kompatibilität mit dem internationalen Wirbelsäulenregister Spine Tango sichergestellt. Die KSA AG nimmt auch an der SIRIS Spine Tango Messung teil.

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

Qualitätsergebnisse werden häufig einer Plausibilisierung bis auf die einzelne Fallebene eines Patienten, einer Patientin unterzogen. Geringe Fallzahlen und hochkomplexe Krankheitsbilder beeinflussen die Ergebnisse. Ein Benchmark unter allen CH-Spitäler ist nicht immer sinnhaft aufgrund der Komplexität der behandelten Krankheitsbilder.

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Elektronische Patientenbefragung
<i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
▪ Fokus-Befragung
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweisendenzufriedenheitsmessung
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
▪ Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Re- Evaluation Patient Reported Outcome Measures Software (PROMs)

<b>Ziel</b>	Qualitätsverbesserung durch Value-Based Health Care mit der Einführung von PROMs
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Orthopädie, Urologie, Medizinische Universitätsklinik, Geburtshilfe
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023 -2026
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Patient reported outcome measures (PROMs) liefern Informationen zum Gesundheitszustand und zu den Auswirkungen einer Intervention/Behandlung aus Sicht einer Patientin / eines Patienten. PROMs fördern die patientenorientierte Behandlung, die Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten sowie das Patientenmanagement (Monitoring und Anpassung des Behandlungsverlaufs, Erkennung von unerkannten Krankheiten etc.). PROMs erlauben, Rückschlüsse auf den medizinischen Nutzen und die Indikationsstellung zu ziehen.
<b>Methodik</b>	Elektronische Erfassung zu verschiedenen Messzeitpunkten mit validierten Fragebögen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte und Pflegepersonal, administratives Personal
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Re-Evaluation eines Softwareanbieters in 2024, Projektierung ab 2025

#### Ausweitung Meldeportal

<b>Ziel</b>	Alle Meldungen sollen an einem Ort erfolgen (Effizienzgewinn) und Digitalisierung der Meldeprozesse
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	KSA AG
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023-2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Meldungen erfolgen an verschiedenen Stellen in der Organisation, bspw. an verschiedenen Stellen im Intranet. Ein Meldeportal vereinfacht die Suche und ermöglicht eine digitalisierte Bearbeitung eingegangener Meldungen. Trennung Meldungen von Aufträgen.
<b>Methodik</b>	Software H-Feedback
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Qualitätsmanagement, Strahlenschutz, Vigilanzbeauftragte, Legal und Compliance
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Anzahl Meldungen via Meldeportal und Thema

## Erweiterung Meldung Patientenergebnisse smE/agT

<b>Ziel</b>	Gemäss Definition der Patientenergebnisse sind die Meldeprozesse zu standardisieren und das Meldeportal aufzubauen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Qualitätsmanagement
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023-2026
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Neben dem CIRS weitere Meldesysteme etablieren (smE, agT, etc.)
<b>Methodik</b>	Digitale Erhebung mit definierten Workflows
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzeschaft, Pflege, Legal & Compliance, Qualitätsmanagement
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Meldeprozesse erstellt, diese können mittels Audit überprüft werden.

## Klinisches Risikomanagement

<b>Ziel</b>	Digitale Abbildung des klinischen Risikomanagements
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Legal & Compliance, Qualitätsmanagement
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2025 - 2026
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Systemisches klinisches Risikomanagement
<b>Methodik</b>	Aufbau im Risikomanagementtool gemäss Risikomanagementkonzeption
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Legal & Compliance, SIBE, IT-Sicherheit, Technische Sicherheit, klinische Sicherheit
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Risikobewertung, Massnahmenüberprüfung, Audit

## Einführung neue gruppenweite Software Qualitätsmanagementsystem (QMS)

<b>Ziel</b>	Transparente Geschäftsprozesse, Dokumentationen und Wirkungsnachweisen von Qualität
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Qualitätsmanagement
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023 -2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Effizienz- und Effektivitätsgewinn im klinischen Alltag, Patientensicherheit, Erfüllung interne und externe Anforderungen
<b>Methodik</b>	QMS soll alle Anforderungen aus Akkreditierungen, Zertifizierungen und Anerkennungen extern und intern erfüllen inklusive GxP
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Projektcontrolling

## Qualitätsindikatorendashboard

<b>Ziel</b>	Qualität ausweisen mittels Qualitätsindikatoren
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Verschiedene Qualitätsindikatoren automatisiert ausleiten aus digitalen Systemen
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023 - 2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Proaktives und präventives Qualitätsmanagement mittels Qualitätsindikatorenssetting
<b>Methodik</b>	Validierte Qualitätsindikatoren
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Qualitätsmanagement, Pflegeentwicklung, Ärzteschaft
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Projektcontrolling

## Patientensicherheit: Sondenloser Zweikammer Herzschrittmacher

<b>Ziel</b>	Erhöhung der Patientensicherheit durch Ausschluss von Komplikationen durch Elektrode und Schrittmachertasche. Kürzere Erholungsphase, mehr Komfort.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Kardiologie
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Erhöhung der Patientensicherheit in der Kardiologie. Innovatives verfahren.
<b>Methodik</b>	Minimal invasiver Eingriff.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Kardiologen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Auswertung der Komplikationsraten.

## Alterstraumatologie

<b>Ziel</b>	Aufbau von verschiedenen Disziplinen Strukturen, die speziell auf ältere Patientinnen und Patienten zugeschnitten sind.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Orthopädie und Traumatologie
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023 - 2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Ganzheitliche Behandlung, bessere Behandlungsergebnisse, kürzerer Spitalaufenthalt,weniger Komplikationen, bessere Planung der Nachversorgung
<b>Methodik</b>	Integriertes Konzept
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzeschaft, Pflege
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Projektcontrolling

**Bemerkungen**

In der KSA AG werden zahlreiche Projekte zur Qualitätsverbesserung in den Kliniken, Instituten, Bereichen und Abteilungen durchgeführt.

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2003 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

#### **Bemerkungen**

Im Berichtsjahr wurde das CIRS Konzept sowie der CIRS Prozess zusammen mit den Kliniken und Instituten überarbeitet.

Das KSA engagiert sich im CIRNET Ausschuss von Patientensicherheit Schweiz, an den nationalen CIRNET -Sitzungen und führt die Patientensicherheitswoche mit gezielten Aktivitäten durch.

## 4.4.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews

Das interprofessionelle Review ist ein kollegiales Verfahren, um unter Einbezug von externen Fachpersonen Patientenfälle retrospektiv zu analysieren, im kollegialen Austausch zu besprechen und – falls notwendig – gemeinsam Qualitätsverbesserungsmassnahmen zu erarbeiten. Ziel ist es, einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess auszulösen und eine Sicherheits- und Lernkultur in den teilnehmenden Spitälern und Kliniken zu etablieren.

### 4.4.2.1 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2012 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 Patient:innen zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus den 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.ksa.ch/de/kantonsspital-aarau/suche?q=iqm&mainOrganisationFilter%5B%5D=3> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM-Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

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

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

### Bemerkungen

Das KSA engagiert sich im Lenkungsasuschluss Transparenz der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Aufgrund Chefarztwechsel in der Klinik für Orthopädie und Traumatologie wurde ein geplantes Peer Review abgesagt.

## 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](http://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm)

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

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

postoperativen Wundinfektionen	und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin		
<b>SwissPit</b> Swiss Pituitary Registry	Neurochirurgie, Ophthalmologie, ORL, Endokrinologie/Diabetologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlenth., Neuropathologie	Kantonsspital Aarau <a href="http://www.swisspit.ch">www.swisspit.ch</a>	2016
<b>SWISSVASC</b> SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry <a href="http://www.swissvasc.ch/">www.swissvasc.ch/</a>	2004
<b>TR-DGU</b> TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin <a href="http://www.traumanetzwerk-dgu.de">www.traumanetzwerk-dgu.de</a>	2010

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

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

## 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
EN ISO 13485:2016	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte AEMP	2010	2022	
Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS) / ISO 9001:2015	Spitalpharmazie	2013	2024	
SN EN ISO/IEC 17025:2018 SN EN ISO 15189:2013	Institut für Labormedizin (IfLM)	2000	2020	
Akkreditierung JACIE (Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT)	Hämatologie, Institut für Labormedizin und Blutspendezentrum	2005	2024	
Akkreditierung nach ISO/IEC 17020:2012	Institut für Rechtsmedizin: Forensische Medizin	2015	2020	
Akkreditierung nach ISO 17025:2017	Institut für Rechtsmedizin: Forensische Genetik; Forensische Toxikologie	2015	2020	
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Rettungsdienst	2007	2024	
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Sanitätsnotrufzentrale	2019	2023	
DIN EN ISO 9001:2015	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2018	2024	
DIN EN ISO 9001:2015	Institut für Pathologie	2018	2024	
DIN EN ISO 9001:2015	Pflege Bereich Chirurgie	2018	2024	
H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit (EKAS)	Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit	2015	2020	
CERT IQ	Beckenbodenzentrum	2014	2023	
DIN EN ISO 9001:2015	Onkologiezentrum Mittelland	2015	2024	
DIN EN ISO 9001:2015	Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2018	2021	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Darmkrebszentrum	2015	2022	

DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Pankreaskrebszentrum	2016	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Brustkrebszentrum	2015	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Gynäkologisches Krebszentrum	2015	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Neuroonkologisches Zentrum	2018	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Hautkrebszentrum	2016	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Kopf-Hals-Tumorzentrum	2018	2023	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Onkologiezentrum Mittelland	2015	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Lymphom- und Leukämiezentrum	2021	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Kinderonkologisches Zentrum	2022	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Nierenkrebszentrum	2021	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Viszeralonkologisches Zentrum	2021	2022	
DIN EN ISO 9001:2015	Qualitätsmanagement	2015	2024	
DIN EN ISO 9001:2015	KSA Radio-Onkologie-Zentrum Mittelland	2015	2024	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Gynäkologische Onkologie, Gynäkologische Dysplasie-Einheit	2024	2024	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Harnblasenkrebszentrum	2021	2022	
NRG/RTOG National Cancer Institute USA	KSA Radio-Onkologie-Zentrum Mittelland	2012	2023	
Fachzertifizierung der deutschen Röntgengesellschaft (DRG)	Radiologie, Kardiovaskuläre Bildgebung	2015	2020	
Rekole	Rechnungswesen	2014	2022	

Qualikita	Kindertagesstätte Zwärglihuus	2013	2021	
Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)-Anerkennung	Intensivmedizin	1998	2022	
Fachzertifikat Endometriose-Vereinigung	Endometriosezentrum	2018	2022	
Frauenklinik, Geburtshilfe	Baby Friendly Hospital	2023	2023	
Q-Label	Brustkrebszentrum	2023	2023	
USGG-Akreditierung	Gefässzentrum	2022	2022	
FESSH (Federation of European Societies for Surgery of the Hand)-Akkreditierung	Klinik für Plastische und Handchirurgie	2018	2023	
Medical Base approved by Swiss Olympic	Orthopädie, Sporttraumatologie	2022	2022	
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS)	Stroke Center	2013	2022	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Uroonkologisches Zentrum	2017	2022	
DIN EN ISO 9001:2015	Darmkrebszentrum	2015	2024	
DIN EN ISO 9001:2015	Pankreaszentrum	2016	2025	
DIN EN ISO 9001:2015	Brustkrebszentrum	2015	2024	
DIN EN ISO 9001:2015	Gynäkologisches Krebszentrum	2015	2024	
DIN EN ISO 9001:2015	Neuroonkologisches Zentrum	2018	2024	
DIN EN ISO 9001:2015	Hautkrebszentrum	2016	2024	
DIN EN ISO 9001:2015	Lymphom- und Leukämiezentrum	2021	2024	
DIN EN ISO 9001:2015	Prostatatakrebszentrum	2016	2024	
DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)	Prostatatakrebszentrum	2016	2022	
DIN EN ISO 9001:2015	Uroonkologisches Zentrum	2017	2024	
DIN EN ISO 9001:2015	Kopf-Hals-Tumorzentrum	2018	2024	
DIN EN ISO 9001:2015	Kinderonkologisches Zentrum	2022	2024	
DIN EN ISO 9001:2015	Harnblasenkrebstzentrum	2021	2021	
DIN EN ISO 9001:2015	Nierenkrebszentrum	2021	2024	

SPHEROX	Orthopädie und Traumatologie	2021	2024	
Label Friendly Workspace	Betriebliches Gesundheitsmanagement	2022	2022	
FACT Accreditation Awarded – Cord Blood Bank University Hospital Basel	Frauenklinik	2024	2024	
Anerkennung Lernort Praxis NDS HF Intensivpflege Schwerpunkt Pädiatrie	Kinderspital	2024	2024	
Neonatalogie Intensivstation	Standards of Levels of Neonatal Care in Switzerland	2011	2021	
Interdisziplinäres Notfallzentrum (INZ)	Gesellschaft für Schweizerische Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) Kategorie 1	2009	2024	
FACT-JACIE Standards (International Standards for Cellular Therapy)	Onkologie, Hämatologie und Transfusionsmedizin	2004	2024	
Label selbsthilfefreundliches Spital	Onkologiezentrum Mittelland	2024	2024	
Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) A- Status	Rheumatologie	2021	2024	

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patient:innen und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

#### 5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene

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

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2024 (CI* = 95%)
	2019	2021	2023	
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.05	4.08	3.99	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.45	4.48	4.51	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.50	4.48	4.47	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.35	4.34	4.37	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.84	3.87	3.77	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	88.10 %	87.90 %	86.68 %	– %
Anzahl versendeter Fragebogen 2024				–
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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

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

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020, 2022 und 2024 für die Akutsomatik regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Dargestellt werden nur die Vorjahre in denen Befragungen stattgefunden haben und zu denen Werte vorhanden sind. Ab 2025 folgt eine neue Befragung in einem erweiterten Format:

Der ANQ-Kurzfragebogen, den die Spitäler und Kliniken seit 2011 für die nationale

Zufriedenheitsmessung einsetzen, bestand aus fünf bis sechs Fragen. Um künftig eine vertiefere Abfrage aller relevanten Dimensionen und ein detaillierteres Monitoring der Patientenperspektive im Langzeitverlauf zu ermöglichen, wird der ANQ-Kurzfragebogen ab 2025 durch ein differenziertes Befragungsinstrument abgelöst. Zukünftig liegt der Fokus nicht mehr auf der Patientenzufriedenheit, sondern der Patientenerfahrung (PREMs – Patient Reported Experience Measures).

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

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

Die Ergebnisse der Nationalen Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene sind für die KSA AG nicht zufriedenstellend. Die Ergebnisse basieren auf sechs Fragestellungen und reichen für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) nicht ganz aus.

Der ANQ wechselt im Herbst 2025 sein Instrument auf einen Kanadischen Fragebogen. Das KSA hat an der Pilotmessung SwissPREMs 2024 teilgenommen. Aktuell umfasst der Fragebogen rund 33 Fragen sowie 4 Fragen zur Person.

Das KSA integriert den neuen kanadischen Fragebogen in die eigene stationäre Patientenzufriedenheitsmessung ab Mitte 2025.

#### Angaben zur Messung

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Elektronische Patientenbefragung

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

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

Die Befragung erfolgt ganzjährig. Gestoppt wird diese nur zu den vorgegebenen Zeiten der nationalen Messung der Patientenzufriedenheit. Patientinnen und Patienten sollen nicht mehrfach Fragebögen erhalten.

Bei einem Wunsch nach Kontaktaufnahme tritt das Rückmeldungsmanagement mit den Patientinnen und Patienten in Kontakt.

Ergebnisse und Kommentare sind tagesaktuell auf der KSA-Website einsehbar.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die Befragung erfolgt in allen Kliniken der KSA-AG.

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

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

Der Fragebogen wird digital, per SMS oder E-Mail zugestellt. Die Auswertung erfolgt im Swiss Quali Quest Tool von Swiss QualiQuest by think beyond ag und sind tagesaktuell verfügbar. Patientinnen und Patienten können Kommentare hinterlassen und ihre Kontaktdaten. Kommentare werden veröffentlicht, sofern das Einverständnis dafür vorliegt.

Der validierte Fragebogen von Picker umfasst 15 Fragen.

#### **Die wichtigsten Ergebnisse (Datenjahr 01.01.2024 - 31.12.2024):**

Rückmeldungen: Anzahl **6827** (Vorjahr 5207, Steigerung um 31%)

Wiederempfehlungsrate: **95%**

#### **Betreuung durch Ärztinnen und Ärzte am KSA**

94% der Befragten haben die Betreuung durch Ärztinnen und Ärzte als sehr gut und gut bewertet

#### **Betreuung durch das Pflegepersonal**

97% der Befragten haben die Betreuung durch das Pflegepersonal als sehr gut und gut bewertet.

98% der Befragten fühlten sich mit **Würde und Respekt** behandelt.

**Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**

Die Ergebnisse der Nationalen Patientenzufriedenheitsmessung des ANQ sind aus 2023 sind aufgrund der gewählten Methodik (sechs Fragen) nur eingeschränkt für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess nutzbar.

Die Ergebnisse der internen kontinuierlichen Patientenzufriedenheitsmessung (Methode PREM) werden den Kliniken halbjährlich und bei Bedarf zur Verfügung gestellt. Diese nutzen die Ergebnisse für die eigene Verbesserung.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	Picker
Methode / Instrument	Picker 15 Items

**5.3 Beschwerdemanagement**

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Kantonsspital Aarau AG**

Rückmeldungsmanagement

Ulrike Sollmann M.Sc.

Leitung Qualitäts-, Prozess- und

Rückmeldungsmanagement

062 838 44 18

[qualitaet@ksa.ch](mailto:qualitaet@ksa.ch)

Mo bis Fr

08:00 - 11:00 und 14:00 - 17:00 h

Beschwerden sind integraler Bestandteil des

Rückmeldemanagements

## 6 Angehörigenzufriedenheit

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

### 6.1 Nationale Befragung im Kinderbereich in der Akutsomatik – Eltern

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2024 (CI* = 95%)
	2019	2021	2023	
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.62	8.96	8.69	– (–)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.54	9.21	8.87	– (–)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.91	9.03	8.90	– (–)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.80	8.91	9.26	– (–)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.43	9.50	9.46	– (–)
Anzahl angeschriebene Eltern 2024				–
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

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

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020, 2022 und 2024 für die Akutsomatik regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden.

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

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

Im Berichtsjahr keine aktuellen Ergebnisse. Die KSA AG beteiligt sich an der Grunderneuerung des Elternfragebogens (PREM - Fragebogen) in 2025.

#### Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patient:innen (unter 16 Jahre) versendet, die im April – das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Im Spital verstorbene Patient:innen.</li><li>▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein.</li><li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.</li></ul>

## 7 Mitarbeitendenzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Fokus-Befragung

Die KSA AG möchte für ihre Mitarbeitenden langfristig attraktiv sein. Die Strategie der KSA AG gibt Auskünfte über das Engagement im Personalmanagement.

Seit 2021 führt die KSA AG eine Befragung bei allen Mitarbeitenden durch, in deren Fokus die Bindung des einzelnen Mitarbeitenden steht. 2024 wurde eine Befragung durchgeführt.

Einer der Kultur Kernsätze in 2024 ist der folgende:

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

Die Mitarbeitenden haben ihre Meinung mitgeteilt. Wichtig ist, dass die Mitarbeitenden erleben, dass sie ernst genommen werden, Ergebnisse besprochen werden und gemeinsam in den Teams und mit den Vorgesetzten nach Lösungen für Problemstellungen gesucht wird.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Monat September durchgeführt.

Die Befragung wurde bei allen Mitarbeitenden der KSA AG durchgeführt.

Eingeschlossen wurden alle Mitarbeitenden der KSA AG

62% der Befragten empfehlen die KSA AG weiter, das ist ein Anstieg von 4% zum Vorjahr. Die Treue zum KSA haben 94% der Befragten ausgesprochen, was sehr erfreulich ist. Auch hier wurden 3% Punkte mehr erzielt als zum Vorjahr.

Die Gesamtzufriedenheit hat im Mittelwert von 3.7 (von max. 5) noch Potenzial zur Verbesserung. Hervorzuheben sind die folgenden Ergebnisse (wiederum Mittelwerte):

- Als Mensch gesehen werden: 4.12
- Wiessen, was erwartet wird: 4.44
- Materialien und Arbeitsmittel: 4.15

Im September 2025 wird erneut eine Mitarbeitendenumfrage durchgeführt. Es wird ein neues Befragungsinstrument evaluiert und eingesetzt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Gallup
Methode / Instrument	FOKUS

## 8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzt:innen und niedergelassene Spezialärzt:innen) eine wichtige Rolle. Viele Patient:innen lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweisenden den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patient:innen empfunden haben.

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Zuweisendenzufriedenheitsmessung

Die KSA AG führt ein strategisches und integriertes Zuweisendenmanagement gemäss Jahresplanung der Abteilung Marketing und Kommunikation.

Die Zuweisendenbefragung 2021 lieferte entsprechend eine qualitative Datenbasis für die Jahre 2021 - 2024. Sie unterstützt die Pflege und den Ausbau der Zuweisendenbeziehungen.

Im Detail bedeutet dies:

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

In 2024 wurde eine spezifische Zuweisendenumfrage im Onkologiezentrum Mittelland durchgeführt. Dies geschieht aufgrund der Aufrechterhaltung und Zertifizierungsvorschriften der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). Im Januar 2024 hat eine Zufriedenheitsermittlung der Zuweisenden der onkologischen Zentren stattgefunden. Messkriterien:

- Einweisende im Zeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023
- Erstellung Auswertungstool im ODSeasyNet
- Alle Zuweisenden für die jeweilige Entität im definierten Zeitraum

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom Januar 2024 bis Juni 2024 durchgeführt.

Die Erhebung zur Zuweisendenzufriedenheit fand auf Ebene Gesamtspital mit vertiefenden, spezifischen Fragen zum Leistungsspektrum statt. 2024 wurde eine Zuweisendenbefragung im Onkologiezentrum Mittelland durchgeführt.

Gesamtspital: 346 Zuweisende wurden angeschrieben. 223 Zuweisende beteiligten sich an der Befragung, was eine Teilnahmequote von 65% ergab. OZM: 939 Fragebögen versendet, 115 Antworten, 12% Rücklauf, sehr niedrig. Zuweisende erhalten aus vielen Spitälern Umfragen. Das hat einen grossen Einfluss auf die Rücklaufquote. Persönliche Kontakte zu Zuweisenden werden für Rückmeldungen genutzt (bspw. Talk am Mittag Fortbildungen).

#### **Ebene Gesamtspital**

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

#### **Ebene Onkologiezentrum Mittelland (OZM) im Mittelwert (max 5):**

- Wie zufrieden sind Sie mit dem Kantonsspital Aarau bezüglich folgender Kriterien:

- Spektrum der medizinischen Leistungen
- Qualität der medizinischen Leistungen
- Qualität des ärztlichen Fachaustausches
- Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit
- Qualität der Austrittsdokumentation
- Kostenbewusstes Vorgehen
- Anmeldeprozess
- Erreichbarkeit der administrativen Kontaktpersonen
- Wartezeiten für Erstabklärungen
- Wartezeiten für Behandlungen
- Zeitliche Verfügbarkeit der Austrittsdokumentation
- Freundlichkeit der administrativen Kontaktpersonen
- Freundlichkeit der ärztlichen Kontaktpersonen

**Ergebnis 4.05**

- Wie war das Feedback Ihrer Patientinnen und Patienten darüber, wie zufrieden sie mit der Behandlung im Tumorzentrum waren?

**Ergebnis 4.15**

- Wie gut kennen Sie unser onkologisches Leistungsangebot?

**Ergebnis 3.99**

Es wurden Massnahmen für die kontinuierliche Verbesserung gesetzt, im Steuerungsausschuss des OZM besprochen und in den Tumorzentren umgesetzt.

**Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**

Die Zuweisendenbefragung Gesamtspital wird neu geplant. Der Rücklauf der Befragung des OZM ist niedrig, trotzdem wurden Massnahmen zur Verbesserung gesetzt.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	rotthaus.com
Methode / Instrument	Telefoninterviews

**Bemerkungen**

Die Methode im OZM: Postalischer Versand, eigene Erhebung ohne externe Partner.

## Behandlungsqualität

### Messungen in der Akutsomatik

#### 9 Wiedereintritte

##### 9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen bezeichnen akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen und als Bestandteil der bisherigen Behandlung nicht zwingend erwartet wurden. Von allen Wiedereintritten, die während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auftreten, werden lediglich ungeplante Wiedereintritte als Qualitätsauffälligkeit gezählt und berücksichtigt. Dabei werden ungeplante Rehospitalisationen stets als Auffälligkeiten angesehen, unabhängig vom genauen Grund des Wiedereintritts. Geplante Rehospitalisationen hingegen werden nicht berücksichtigt.

Seit dem Jahr 2022 (BFS-Datenjahr 2020) verwendet der ANQ den Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) um die ungeplanten Rehospitalisationen während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auszuwerten. Die Unterscheidung zwischen ungeplanten und geplanten Rehospitalisationen erfolgt mittels des Algorithmus. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser dient als Datengrundlage für die Bildung und Auswertung der ungeplanten Rehospitalisationen.

Insgesamt werden 13 Indikatoren ausgewertet, für die transparente Publikation eignen sich davon jedoch nur die folgenden 6 Indikatoren:

#### Messergebnisse

Qualitätsindikatoren	BFS-Daten 2021	BFS-Daten 2022
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>	<b>Risikoadjustierte Rate</b>	<b>Risikoadjustierte Rate</b>
Spitalweite Kohorte	7.21 %	6.47 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	5.67 %	4.96 %
Kardiorespiratorische Kohorte	13.21 %	10.12 %
Kardiovaskuläre Kohorte	10.14 %	8.48 %
Neurologische Kohorte	7.54 %	8.48 %
Sonstige medizinische Kohorte	8.94 %	8.34 %

Zur Risikoadjustierung der ungeplanten Rehospitalisationen werden das Alter, das Geschlecht und eine Vielzahl möglicher komorbider Nebenerkrankungen der Patient:innen berücksichtigt. Beurteilt wird dabei der Zustand der Patient:innen beim Erstaufenthalt (nicht beim Wiedereintritt).

Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website:

[www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

Geringfügig erhöhte Werte Gyn. chirurgische Kohorte und Neurolog. Kohorte. Detailanalysen wurden durchgeführt.

#### Angaben zur Messung

Auswertung	Dr. med. Dr. sc. nat. Michael Havranek, Universität Luzern
Methode / Instrument	Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), angepasst auf die Schweizer Codier-Regeln. Die angepasste Version für die Schweiz wurde mittels einer Validierungsstudie geprüft.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patientinnen und Patienten.</li> <li>▪ 18 Jahre oder älter.</li> <li>▪ Patient:in ist beim Erstaufenthalt nicht verstorben.</li> <li>▪ Patient:in wurde nach Erstaufenthalt nicht direkt an ein anderes Akutspital überwiesen.</li> <li>▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes oder eines Haupt- oder Nebenbehandlungs-Kodes, der gemäss den spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien eine der Kohorten beschreibt.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung erfolgte beim Erstaufenthalt entgegen dem Rat des behandelnden Arztes.</li> <li>▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes für eine psychiatrische Erkrankung oder eine Rehabilitation.</li> <li>▪ Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Klinik (Krankenhaustypologie «K211» und «K212») oder einer Rehabilitationsklinik («K221») oder Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Hauptkostenstelle («M500»), einer Hauptkostenstelle für Rehabilitation («M950») oder einer pädiatrischen Hauptkostenstelle («M400»).</li> <li>▪ Erstaufenthalt zur ausschliesslichen medizinischen Behandlung eines Krebsleidens, ohne einen chirurgischen Eingriff (dieses Ausschlusskriterium betrifft nur den spitalweiten Indikator und seine Kohorten, weil die diagnose- und eingriffs-spezifischen Indikatoren in jedem Fall auf spezifische Diagnosen bzw. Eingriffe ausgerichtet sind).</li> <li>▪ Fehlen eines ausreichenden Nachverfolgungszeitraumes von 30 Tagen nach der Entlassung (z.B. im Dezember am Ende des Jahres der aktuellen Untersuchungsperiode), sodass nicht bestimmt werden kann, ob eine Rehospitalisation, während 30 Tagen erfolgte.</li> <li>▪ Beim betreffenden Erstaufenthalt handelt es sich bereits um eine ungeplante Rehospitalisation während 30 Tagen eines vorhergehenden Erstaufenthalts mit dem gleichen Grundleiden.</li> <li>▪ Patient:in lebt im Ausland.</li> <li>▪ Vorhandensein einer mit mikrobiologischem Nachweis bestätigten COVID-19 Diagnose.</li> </ul>

## 10 Operationen

### 10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.siris-implant.ch](http://www.siris-implant.ch)

#### Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

#### Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2018 bis 31.12.2021

	Anzahl eingeschlossene Primär-Implantate (Total)	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N)	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %			Adjustierte Revisionsrate %
			2018 - 2021	2018 - 2021	2015 - 2018	
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>						
Primäre Hüfttotalprothesen	385	2.40%	2.50%	2.20%	2.10%	2.20%
Primäre Knieprothesen	339	3.90%	3.10%	2.50%	2.60%	3.60%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2024 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2018 bis Dezember 2021. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2023.

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

#### Angaben zur Messung

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Alle Patient:innen mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patient:innen, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

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

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

#### Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- Gallenblasen-Entfernungen
- \*\*\* Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
- \*\*\* Dickdarmoperationen (Colon)
- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2023 – 30. September 2024

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2023/2024	2023/2024	2020/2021	
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>						
Gallenblasen-Entfernungen	301	6	0.00%	0.00%	1.00%	1.80% (0.30% - 3.30%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	52	5	6.00%	4.30%	2.40%	7.50% (0.40% - 14.70%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	103	18	8.40%	27.30%	14.00%	19.00% (11.40% - 26.50%)

Die Messungen mit und ohne Implantate werden seit der Messung 2021/2022 zeitgleich durchgeführt.

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2023 – 30. September 2024

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2023/2024	2023/2024	2020/2021	
<b>Kantonsspital Aarau AG</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	117	2	0.00%	4.80%	0.40%	0.80% (0.00% - 2.50%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

## Messungen in der Psychiatrie

### 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

#### 14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

##### 14.1.1 Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Im Rahmen der Nationalen Prävalenzmessung des ANQ wurde im Berichtsjahr freiwillig das Modul freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben. Erfasst wurden alle Massnahmen, die innerhalb der letzten 30 Tage bis zur Messung innerhalb des KSA ergriffen wurden.

Die Nationalen Prävalenzmessung des ANQ wurde sistiert.

Diese Messung haben wir im Monat November durchgeführt.

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

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

Der ANQ beabsichtigt, künftig für die Messung von Stürzen und im Spital entstandenen Dekubitus (Druckgeschwüren) routinemässig erhobene Fall-/Patientendaten aus dem Klinikinformationssystem zu verwenden. Im Rahmen des laufenden Weiterentwicklungsprojekts prüft und definiert der ANQ zusammen mit spezialisierten Partnern, welche Daten in welcher Form genutzt und ausgewertet werden. Die Umsetzung wird in einer Pilotmessung getestet. Die Weiterentwicklung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem QA Sturz & Dekubitus und der Berner Fachhochschule (BFH). Sie basiert auf dem Projekt Vis(q)ual Data, das die BFH im Jahr 2021 mit Unterstützung des ANQ durchführte (zu den Projektergebnissen). Als technischer Umsetzungspartner wurde w hoch 2 beauftragt. w hoch 2 verfügt über langjährige Erfahrung auf dem Gebiet der Datenanalyse und Visualisierung von Daten. Die Arbeiten zur Weiterentwicklung der Sturz- und Dekubitusmessung sind in drei Phasen geplant:

- Phase 1 (2023/2024): Projektorganisation, Operationalisierung der benötigten Routinedaten, Datenschutzabklärung, erste Konzeption technische Umsetzung.
- Phase 2 (2024 – 2026): Operationalisierung und technische Umsetzung  
In Phase 2 werden die inhaltlichen und technischen Operationalisierungen (Messhandbuch) sowie die technische Umsetzung der Messung erprobt. Die Umsetzung wird durch eine Pilotmessung im Jahr 2025 getestet. Im Rahmen eines Online-Dialogs (siehe weiter unten) wurde eine erste Information über die zukünftige Messung und die geplante Pilotmessung durchgeführt.
- Phase 3 (2025/2026): Erste nationale Messung Sturz und Dekubitus mit strukturierten KIS-Daten (ohne transparente Publikation)

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

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Rollout Qualitätsmanagementsystem

**Projektart**

Organisationsentwicklungsprojekt

**Projektziel**

Einführung eines einheitlichen Qualitätsmanagementsystems in der KSA AG

**Projekttablauf / Methodik**

Qualitätsmanagementmethoden, Prozessmanagementmethoden, Risikomanagementmethoden

**Involvierte Berufsgruppen**

alle Berufsgruppen KSA AG

**Projektelevaluation / Konsequenzen**

2024 Konfiguration der Software, 2025 Implementierung

**Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen**

Systemaufbau mit DIN EN SN ISO 9001:2015

**Stand der Umsetzung von Massnahmen**

Rolloutplan bis Ende 2025

#### 18.1.2 Umsetzung Qualitätsindikatoren Dashboard

**Projektart**

Digitalisierungsprojekt und Qualitätsprojekt

**Projektziel**

Transparenz, Steuerung und Monitoring von Qualitätskennzahlen

**Projekttablauf / Methodik**

Vorprojekt 2023, Implementierung 2024

**Involvierte Berufsgruppen:**

Qualitätsmanagement, Ärzteschaft, Pflege, Digitalisierung und ICT

**Projektelevaluation / Konsequenzen**

Erfolgreiches Vorprojekt, nun Implementierung

**Stand der Umsetzung von Massnahmen**

Noch keine Massnahmen abgeleitet, Projektphasen werden umgesetzt.

### 18.1.3 Just Culture

**Projektart**

Changeprojekt

**Projektziel**

Messung der Juct Culture mit einem evaluierten Fragebogen erzielt wertvolle Hinweise zum kulturellen Umgang mit Patientensicherheitsthemen

**Projekttablauf / Methodik**

Einsatz eines validierten Fragebogens, Versand, Auswertung, Ableitung von Massnahmen

**Involvierte Berufsgruppen:**

Mitarbeitende KSA AG

**Projektevaluation / KonsequenzenErkenntnisse und abgeleitete Massnahmen**

Messung zweite Jahreshälfte 2025

**Stand der Umsetzung von Massnahmen**

Keine

### 18.1.4 PROMS

**Projektart**

Qualitätsprojekt und Digitalisierung und ICT Projekt

**Projektziel**

Messung der Behandlungsqualität

**Projekttablauf / Methodik**

Start des Projektes zweite Jahreshälfte 2025

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ärzteschaft, Pflege, Qualitätsmanagement, Digitalisierung und ICT

**Projektevaluation / KonsequenzenErkenntnisse und abgeleitete Massnahmen**

Noch nicht gestartet. Vorprojekt abgeschlossen.

**Stand der Umsetzung von Massnahmen**

Noch keine.

### 18.1.5 Mitarbeitendenumfrage

**Projektart**

HR Projekt

**Projektziel**

Ermittlung der Mitarbeitendenzufriedenheit

**Projekttablauf / Methodik**

Planung, Evaluation Dienstleister, Evaluation Fragebogen, Befragung, Auswertung, KVP

**Involvierte Berufsgruppen:**

Alle Mitarbeitenden KSA AG

**Projektelevaluation / Konsequenzen Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen**

Noch nicht gestartet. Umfrage geplant September 2025.

**Stand der Umsetzung von Massnahmen**

Noch keine.

### 18.1.6 Interne PREM

**Projektart**

Patientenerfahrungsmessung

**Projektziel**

PREMs machen die Patientenperspektive sichtbar und zeigen, wie die Patientinnen und Patienten die erbrachten Gesundheitsleistungen erleben. Die Befragungsergebnisse bieten dem KSA eine verlässliche Basis, um Massnahmen zur Qualitätsverbesserung anzustossen, ihre Dienstleistungen weiterzuentwickeln und die Patientenzentriertheit zu stärken. Damit tragen die internen PREMs-Patientenbefragungen auch zur Umsetzung der Qualitätsstrategie des Bundes bei, die der Patientenzentrierung einen hohen Stellenwert einräumt. Das KSA wechselt den Internen Fragebogen aus. Picker England wird ersetzt durch den Kanadischen Fragebogen CPES-IC.

**Projekttablauf / Methodik**

Die Messung der Patientenerfahrung findet in allen ganzjährig bei allen stationären Patientinnen und Patienten statt. Dabei werden alle Patientinnen und Patienten befragt, die das Spital verlassen. Sie erhalten den Fragebogen Swiss PREMs nach ihrem Austritt online oder per SMS zugestellt.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Qualitätsmanagement, Ärztinnen und Ärzte, Pflege, Therapeuten, Digitalisierung und ICT

**Projektelevaluation / Konsequenzen**

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen: noch keine, da im PDCA im Plan

**Stand der Umsetzung von Massnahmen:**

Noch keine, da Start der Befragung im Juni 2025

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

### 18.2.1 Vorprojekt Qualitätsindikatorendashboard

**Projektart**

Qualitätsprojekt und Digitalisierung und ICT Projekt

**Projektziel**

Evaluation von Indikatoren, Systemtechnische Ausleitung

**Projekttablauf / Methodik**

Interdisziplinäres und interprofessionelles Projekt, literaturbasierte Evaluation von Indikatoren

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ärzteschaft, Pflege, Qualitätsmanagement, IT

**Projektevaluation / Konsequenzen Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen**

Erfolgreiches Vorprojekt, Umsetzungsprojekt in 2025

**Stand der Umsetzung von Massnahmen**

Geplantes Umsetzungsprojekt, gestartet

### 18.2.2 Implementierung Software Qualitätsmanagementsystem

**Projektart**

Qualitätsprojekt und Digitalisierung und ICT Projekt

**Projektziel**

Konfiguraion der Qualitätsmanagementsoftware

**Projekttablauf / Methodik**

Administratorenschulungen, Konfiguration der Module des QMS

**Involvierte Berufsgruppen:**

Qualitätsmanagement

**Projektevaluation / Konsequenzen Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen**

Konfiguration vorbereitet zur Implementierung in 2025

**Stand der Umsetzung von Massnahmen**

Implementierungsprojekt ist Folgeprojekt

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Alterstraumatologie

**Projektart**

Qualitätsprojekt

**Projektziel**

Sicherstellung einer interdisziplinären, qualitätsgesicherten und leitliniengerechten Versorgung geriatrischer Traumapatient:innen.

**Projekttablauf / Methodik**

Die IGFS-Methodik basiert auf dem Prinzip der **interdisziplinären Zusammenarbeit** zwischen Unfallchirurgie, Orthopädie und Geriatrie und zielt darauf ab, die **Behandlungsqualität älterer Frakturpatient:innen systematisch zu verbessern**. Sie stellt strukturierte Anforderungen an Kliniken und unterstützt die Umsetzung bewährter Verfahren entlang des Behandlungspfades.

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ärzteschaft, Pflege, Therapeuten, Medizincontrolling, Qualitätsmanagement

**Projektelevaluation / Konsequenzen Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen**

noch keine

**Stand der Umsetzung von Massnahme**

Projektstart 2025. Im Rahmen der Entscheidungsfindung zwischen einer Zertifizierung durch die **International Geriatric Fracture Society (IGFS)** oder die **Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)** AltersTraumaZentrum wurden verschiedene Faktoren hinsichtlich Praktikabilität, Aufwand und Nutzen analysiert. Beide Zertifizierungsoptionen haben Vor- und Nachteile. Der Entscheid fiel für die IGFS. Diese legt einen stärkeren Fokus auf Kennzahlen und Datentransfer, was langfristig Auskünfte über die Optimierung der Patientenversorgung ermöglichen könnte.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Mit der neuen Unternehmensstrategie, dem klaren Fokus auf das KSA sowie der modernen, agilen Führungsstruktur sind die Weichen für eine erfolgreiche Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements gestellt. Mit dem CMO (Chief Medical Officer) wird eine neue Führungsrolle im Qualitätsmanagement des KSA etabliert. Unser Ziel ist ambitioniert, aber klar: Das KSA wird wieder zu einem der führenden Zentrumsspitäler der Schweiz, aufgrund der herausragenden Qualität.

Dazu passt als Schlusswort und Ausblick auf 2025 der neue Claim:

KSA - Exzellente Medizin. Jederzeit. Für alle. Wir setzen täglich alles daran, die Gesundheit unserer Bevölkerung mit Kompetenz, Forschung und Innovation zu bewahren, zu fördern und wiederherzustellen. Unsere Fachpersonen kümmern sich mit viel Engagement und Leidenschaft um die Menschen, die sich uns anvertrauen – rund um die Uhr, in jeder Lebenslage und bei allen medizinischen Fragestellungen. Indem wir die Fachkräfte von morgen ausbilden und für unsere Patientinnen und Patienten Forschung betreiben, gestalten wir die Medizin von morgen. So dass im Sinne einer Vision auch künftig gilt: Das KSA bietet allen Menschen jederzeit eine exzellente medizinische Behandlung.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Akutsomatik

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

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

Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
Cystische Fibrose
Polysomnographie
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion)
Mediastinaleingriffe
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Plexuschirurgie
Replantationen
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
Neonatalogie (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
Spezialisierte Neonatalogie (ab 28. Woche und $\geq$ 1000g)
Hochspezialisierte Neonatalogie (< 28. Woche und < 1000g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie / Behandlung von Schwerverletzten (IVHSM)

## Herausgeber



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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/)



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/](http://www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/)



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

[www.samw.ch](http://www.samw.ch).