



Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

27.05.2025
Marco Urban, Leitung Projekt- und Qualitätsmanagement,
Informatik

Version 1



See-Spital, Horgen

www.see-spital.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

Herr
Manfred Rundel
Leiter Qualitätsmanagement
044 728 1127
manfred.rundel@see-spital.ch

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

Die H+ Qualittsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten, die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform 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 Gwhrleistung 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 Qualitätsvertrag (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 Qualitätsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – Qualität – Qualitätsvertrag. Als Publikationsort wurde die Plattform spitalinfo.ch bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdenkleration 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.

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

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024	12
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	14
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	16
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	16
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen	16
4.3 Durchführung von zusätzlichen Spital- und klinikeigenen Messungen	17
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	18
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	22
4.4.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews	
4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)	22
4.5 Registerübersicht	23
4.6 Zertifizierungsübersicht	25
QUALITÄTSMESSUNGEN	26
Zufriedenheitsbefragungen	27
5 Patientenzufriedenheit	27
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene	27
5.2 Eigene Befragung	29
5.2.1 Interne Patientenbefragung stationär	29
5.3 Beschwerdemanagement	30
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	31
Messungen in der Akutsomatik	31
9 Wiedereintritte	31
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	31
10 Operationen	33
10.1 Hüft- und Knieprothetik	33
10.2 Eigene Messung	34
10.2.1 MECON-Auswertung (Rettungsdienst)	34
11 Infektionen	35
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	35
12 Stürze	38
12.1 Eigene Messung	38
12.1.1 Interne Sturz-Statistik	38
13 Dekubitus Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
Messungen in der Psychiatrie	0
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	

15	Symptombelastung psychischer Störungen	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
	Messungen in der Rehabilitation	0
16	Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
	Weitere Qualitätsaktivitäten	40
17	Weitere Qualitätsmessung	40
17.1	Weitere eigene Messung	40
17.1.1	Aufenthaltszeiten Notfall (Akutsomatik)	40
18	Projekte im Detail	41
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	41
18.1.1	Digitale Sprechstunde Anästhesie	41
18.1.2	Notfallpraxis See-Spital	41
18.1.3	Berufskleiderausgabe	41
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024	42
18.2.1	Überarbeitung und Anpassung bestehender Betriebskonzepte an den Neubau NEO	42
18.2.2	Einführung Patientendatenmanagementsystem (PDMS)	42
18.2.3	Einführung Software für Kardiotokografie/ Wehenschreiber (CTG)	42
18.2.4	Übergeordnetes Beschwerdemanagement	42
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	42
18.3.1	Initialprojekt zur Vorbereitung der Zertifizierung Endometrioseklinik	42
19	Schlusswort und Ausblick	43
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	44
	Akutsomatik	44
	Herausgeber	46

1 Einleitung

Das See-Spital wird als Stiftung geführt und bietet eine umfassende, qualitativ hochstehende und konkurrenzfähige medizinische Versorgung für die regionale Bevölkerung an.

Es sind insgesamt fast 1000 Mitarbeitende für das Wohl der Patient*innen im Einsatz. Mit unserem Slogan «Nah, wenn es uns braucht» unterstreichen wir die oben genannten Ziele.

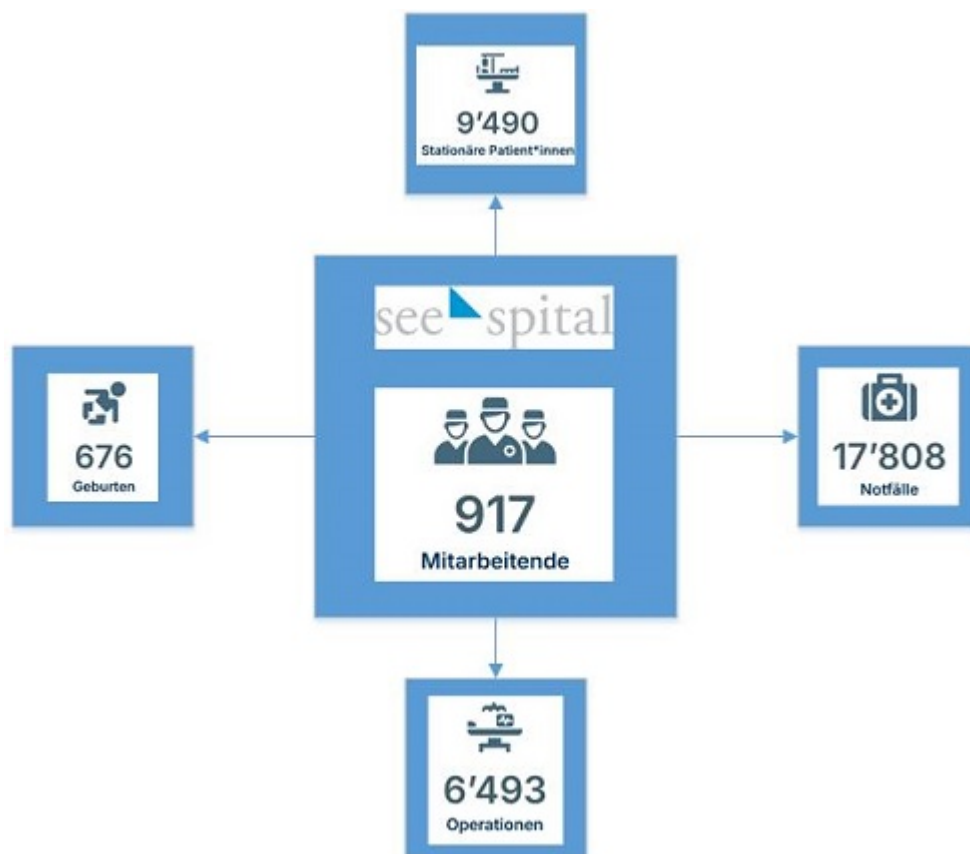
Hervorgehoben wird unser Slogan durch unsere Werte:

- Aufmerksam
- Persönlich
- Qualitätsbewusst

Wir verstehen unsere Werte als Versprechen gegenüber unseren Patient*innen, Partner*innen, Zuweisenden, Belegärzt*innen sowie Mitarbeitenden.

Das See-Spital ist verankert in Horgen, aber über die Kantonsgrenzen hinaus vernetzt. Es ist sowohl für akute Notfälle als auch für ambulante und stationäre Behandlungen eingerichtet.

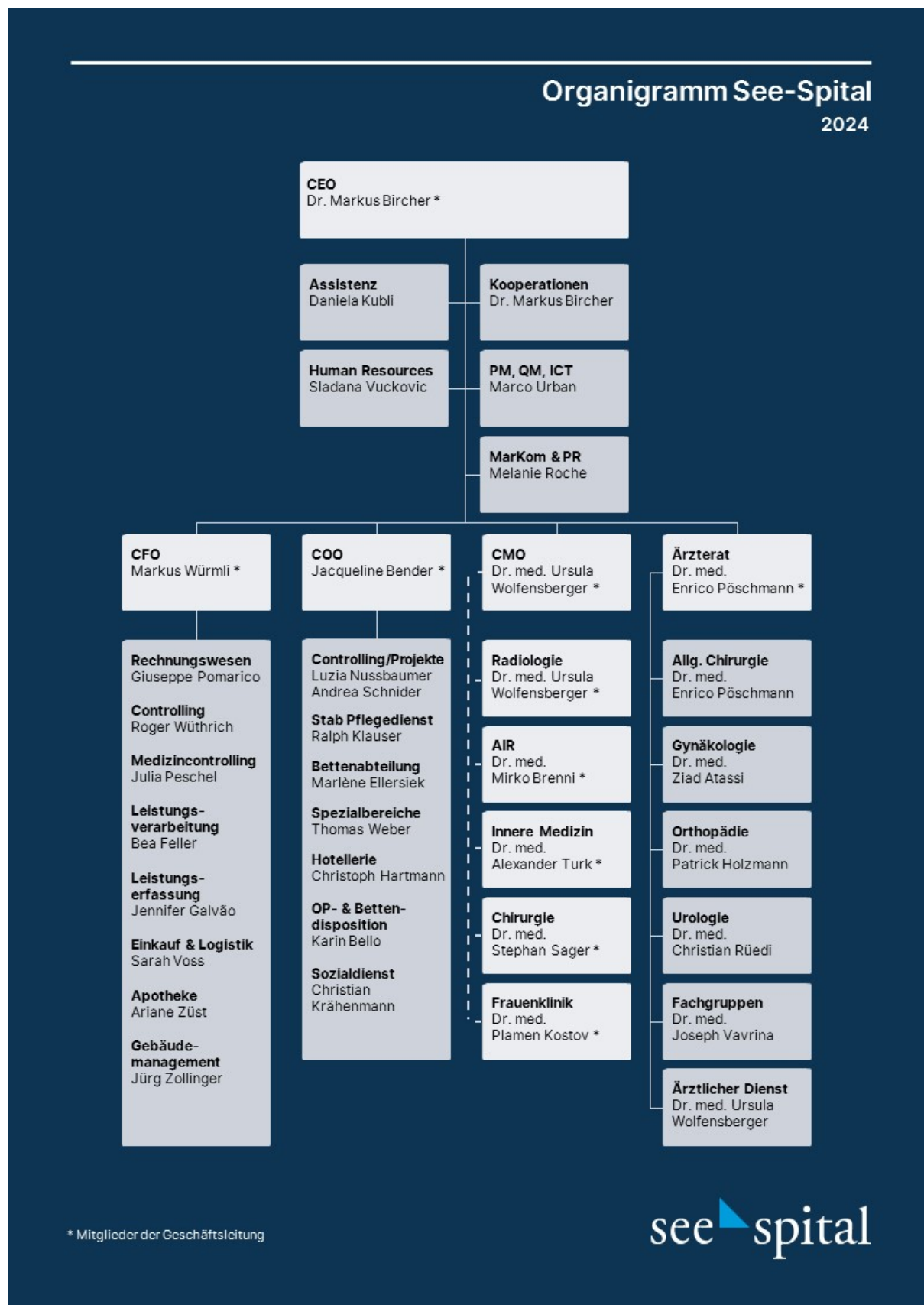
Unsere Kennzahlen 2024:



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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **170** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Manfred Rundel
Leitung Qualitätsmanagement
044 728 1127
manfred.rundel@see-spital.ch

Frau Katharina Larem
Qualitätsmanagerin
044 728 1157
katharina.larem@see-spital.ch

3 Qualitätsstrategie

Die Qualitätsstrategie des See-Spitals verbindet die Anforderungen aus den Qualitätsverträgen mit den strategischen Handlungsfeldern des Spitals sowie seinen spezifischen Werten.

Der Bundesrat hat im März 2024 die Vierjahresziele 2025 bis 2028 zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung verabschiedet. Ziel ist es, die Qualität der medizinischen Leistungen zu stärken und die Patientensicherheit zu fördern. Zur Konkretisierung und Umsetzung der Vierjahresziele wurden als neues Instrument Qualitätsverträge zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer abgeschlossen.

Die im Mai 2024 abgeschlossenen Qualitätsverträge beinhalten im Wesentlichen:

- Die Teilnahme an Qualitätsmessungen
- Massnahmen zur Qualitätsentwicklung
- Die Überprüfung der Einhaltung der Verbesserungsmassnahmen
- Die Veröffentlichung der Qualitätsmessungen und der Verbesserungsmassnahmen

Qualitätsentwicklung

Im Rahmen der "Massnahmen zur Qualitätsentwicklung" wird im See-Spital das interne Qualitätsmanagementsystem weiterentwickelt und in einem betriebsinternen Qualitätskonzept abgebildet. Darüber hinaus ist die Umsetzung verschiedener Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) wichtiger Bestandteil der internen Qualitätsstrategie.

Die Umsetzung der Qualitätsstrategie des See-Spitals erfolgt im Klinikalltag an unterschiedlichen Stellen und umfasst zehn Schwerpunktbereiche:

Patient*innen

Das See-Spital bietet eine qualitativ hochwertige, flächendeckende, wohnortsnahe und umfassende medizinische, pflegerische sowie therapeutische Versorgung unserer Patientinnen und Patienten. Ein hohes Qualitätsbewusstsein ist für das See-Spital selbstverständlich. Im Fokus steht dabei die ganzheitliche Betrachtung unserer Patient*innen.

Mitarbeitende & Werte

Das See-Spital will ein attraktiver Arbeitgeber sein.

Dies beinhaltet nicht nur eine konkurrenzfähige und nachvollziehbare Lohnpolitik, sondern auch interessante Arbeitsplätze in einem fordernden und wertschätzenden Umfeld.

Marke & Kommunikation

Die Marke See-Spital steht für Qualität und Vertrauen.

Im Rahmen der Marken- und Kommunikationsstrategie von See-Spital wird die Kommunikation intensiviert und gezielt auf die jeweiligen Zielgruppen ausgerichtet. Darüber hinaus wird eine gesteigerte Sichtbarkeit in allen relevanten Bereichen angestrebt.

Finanzen

Das See-Spital investiert kontinuierlich in Infrastruktur, in medizinische Geräte und in das Personal. Dafür baut das See-Spital eine solide Eigenmittelbasis auf und erwirtschaftet die dafür notwendige EBITDA-Marge.

Leistungsangebot

Ziel ist die optimale Erfüllung der Leistungsaufträge und die Sicherstellung des ambulanten Angebots. Das See-Spital fördert den fortlaufenden Aus- und Aufbau von Kompetenzzentren.

Infrastruktur

Der Gesundheitscampus in Horgen stellt die moderne Infrastruktur zur Erfüllung des Leistungsangebots bereit.

Dies umfasst nicht nur den Bereich der Immobilien, sondern explizit auch die Medizinaltechnik.

Kooperationen

Die Zukunft des See-Spitals als starkes Regionalspital wird durch gezielte Partnerschaften gesichert. Es wird laufend entlang der gesamten Behandlungskette geprüft, ob Leistungen in Kooperation oder eigenständig erbracht werden sollen.

Das See-Spital ist in den letzten Jahren wichtige Kooperationen mit starken Partnern eingegangen und wird die Zusammenarbeit mit den Belegärzt*innen weiterhin intensivieren.

Zuweisende

Zum Erfolg des See-Spitals trägt eine aktive und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Zuweisenden bei.

Es werden effiziente und reibungslose Prozesse entwickelt sowie eine aktive Beziehungspflege betrieben. Starke Partnerschaften und eine enge Vernetzung mit den regionalen Haus- und Belegärzt*innen unterstützen die Vision des See-Spitals: die Etablierung als DEN Gesundheitscampus am linken Zürichseeufer.

Digitalisierung & ICT

Das See-Spital treibt die Digitalisierung und den Einsatz von ICT stetig voran. Nicht nur zur Unterstützung der internen Prozesse, sondern auch als Geschäftsfeld in der Leistungserbringung.

Tarife Regulatorien Politik

Das See-Spital agiert proaktiv und gestaltet aktiv mit. In Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion und den Versicherern implementiert das See-Spital Regulatorien und fördert gleichzeitig innovative Lösungsansätze.

Kantonale Qualitätszirkel

Im Rahmen der Zürcher Qualitätsprogramme beteiligt sich das See-Spital aktiv an den spitalübergreifenden, jährlichen Qualitätszirkeln. In diesen Zirkeln werden erarbeitete Qualitätsanalysen präsentiert und gemeinsam weiterentwickelt, was transparente Diskussionen über Qualität ermöglicht und ein gemeinsames Lernen sowie die kontinuierliche Qualitätsverbesserung fördert.

Die Qualitätszirkel bieten den Spitälern eine vertrauensvolle und kollegiale Plattform, um über relevante Qualitätsfragen zu diskutieren. Der Austausch der Teilnehmenden umfasst Themen wie Qualität, Best Practices, aktuelle Richtlinien und weitere relevanten Aspekte. Auf diese Weise erhalten die Spitäler gezielte Rückmeldungen zu ihrer Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität, was zur Optimierung der Versorgungsstandards beiträgt.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG

Vor dem Hintergrund der Ankündigung, Unterzeichnung und Veröffentlichung der Qualitätsverträge erfolgte im See-Spital eine intensive Auseinandersetzung mit den Inhalten:

1. Klärung der Anforderungen: Hierzu erfolgte die Teilnahme an den durch H+ angebotenen Schulungen (Qualitätsverträge Intensivkurs - QV-I). Es konnte ein vertieftes Verständnis für den Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG und die Bedeutung für unser Spital erworben werden. Das Ziel des Seminars bestand darin, die neuen Anforderungen umfassend zu vermitteln.
2. Planung der Umsetzung: Um alle Anforderungen aus dem Qualitätsvertrag rechtzeitig und vollständig umsetzen zu können, wurde für das Spital ein entsprechender Plan erstellt. Sowohl die Anforderungen als auch der Umsetzungsplan wurden mit der Spitalleitung abgestimmt und kommuniziert.

3. Selbstdeklaration: Rechtzeitig zum Ende des Jahres erfolgte die geforderte Selbstdeklaration auf dem Internetportal spitalinfo.ch.

Team Qualitätsmanagement

Mit dem Abschluss der Bau- und Renovierungsmassnahmen im See-Spital liegt seit Ende 2024 der Fokus auf der Konsolidierung der bestehenden Abläufe und Strukturen, aber auch auf der Weiterentwicklung des Prozessmanagements insgesamt. Hierfür und mit dem Ziel einer strategischen Weiterentwicklung des QM-Systems wurde das Team vergrössert und restrukturiert.

CIRS

Durch die systematische Meldung von kritischen Ereignissen bzw. Beinahe-Fehlern können interne Verbesserungsmassnahmen bezüglich Behandlungsqualität und Patientensicherheit abgeleitet werden. Im See-Spital wird seit vielen Jahren ein CIRS konsequent umgesetzt und weiterentwickelt.

Während die bewährte CIRS-Strategie fortgeführt wird, erfolgte eine Anpassung des CIRS-Konzeptes an die Empfehlungen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz und an die Anforderungen in den Spezifikationen der QVM "Critical Incident Reporting System (CIRS)". Der Prozess wurde entsprechend überarbeitet und die Mitarbeitenden geschult.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

Qualitätszirkel

Qualitätszirkel sind im See-Spital seit Jahren ein wichtiges und wirksames Instrument zur Qualitätsverbesserung. Diese sog. Qualitätsgremien sind stets zweckgebunden. Sie sind interdisziplinär zusammengestellt und bestehen aus sieben bis zehn Mitarbeitenden. Die Moderation erfolgt durch das QM-Team. Die Ziel- und Ergebnisorientierung ist dabei ein wesentlicher Teil der Moderation.

Die Frequenz der Gremiensitzungen wird durch die Dringlichkeit der Themen und die vorliegenden Problemstellungen bestimmt. Gremien zu komplexeren Problemstellungen erfordern die Analyse, Massnahmenplanung und Ergebnisverfolgung häufig über einen längeren Zeitraum. Eine durchgängige Dokumentation der Ergebnisse und Massnahmen sowie deren Überprüfung sind elementare Bestandteile der Gremien.

Sturzprävention

Im Jahr 2023 wurde ein aktualisiertes übergeordnetes Sturzkonzzept erstellt. Begleitet wurde die Einführung des Konzeptes durch das interdisziplinäre Qualitätsgremium Sturz. Zudem erfolgte der Start in eine umfassende Schulungsoffensive für alle betroffenen Mitarbeitenden.

In 2024 konnte das Konzept vollständig in die operativen Prozesse integriert werden. Die Schwerpunkte der Konzeptumsetzung liegen in der Sturzreduktion und der Minimierung der Sturzfolgen. Die systematische Sturz-Risikoeinschätzung und die konsequente und umfassende Sturzprotokollierung erlauben dabei eine gezielte Planung und Umsetzung von Interventionen. Zudem trägt die Einbeziehung der Patient*innen und deren Angehörige im See-Spital zur wirksamen Sturzprävention bei. Im Qualitätsgremium Sturz werden die erhobenen Daten laufend analysiert und die Massnahmen entsprechend bewertet.

Im Laufe des Jahres 2024 konnten so eine Reihe von Massnahmen zur Sturzvermeidung, aber auch zur Verringerung der Folgen von Stürzen realisiert werden.

Dokumentenmanagementsystem

Zur effektiven Unterstützung des Qualitätsmanagements und zur strukturierten Organisation des QM-Systems wurde im See-Spital bereits vor mehreren Jahren ein digitales Dokumentenmanagementsystem implementiert. Dieses System trägt massgeblich zu einer transparenten und nachhaltigen Dokumentenlenkung bei und stellt sicher, dass allen Mitarbeitenden stets die relevanten Informationen in der jeweils gültigen Version zur Verfügung stehen.

Im Jahr 2024 wurde ein umfassendes Upgrade der QM-Software realisiert, das eine Vielzahl neuer Funktionen integriert und die Benutzerfreundlichkeit signifikant verbessert. Besonders hervorzuheben ist die Erweiterung des klassischen Dokumentenmanagements um spezifische Funktionen, die eine detaillierte Umsetzung des Änderungs- und Freigabeprozesses ermöglichen. Diese Verbesserungen fördern nicht nur die Effizienz der Dokumentenverwaltung, sondern stärken auch die Qualitätssicherung im gesamten QM-System.

Digitale Medizin

Ein weiterer Schritt in Richtung Digitale Medizin im See-Spital konnte in der Onkologie realisiert werden. Hier wurde für Krebspatient*innen die App *medidux* etabliert. Mit der App können Patient*innen ihr Wohlbefinden und ihre Symptome direkt auf ihrem Mobiltelefon eingeben. Ärzt*innen profitieren von einer standardisierten Dokumentationsübersicht, die es erlaubt, Nebenwirkungen schneller anzusprechen und notwendige Massnahmen einzuleiten.

Via App erhält die Onkologin oder der Onkologe eine Rückmeldung, ohne die Patient*innen persönlich sehen zu müssen. Sollten gewisse Werte kritisch werden – etwa bei Fieber, zu hohem Blutdruck oder ungünstigen Blutzuckerwerten – löst die App in der Praxis, bzw. im Spital, einen Alarm aus und das

Team nimmt mit der betroffenen Person Kontakt auf. Der Nutzen der mobilen App wurde in zwei Studien überprüft und bestätigt. Dank der digitalen Lösung können 10% der Notfallhospitalisierungen verhindert werden.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Für die kommenden Jahre hat das See-Spital eine systematische Planung zur Qualitätsentwicklung festgelegt. Berücksichtigt wurden dabei die Anforderungen aus dem Qualitätsvertrag, den gesetzlichen und behördlichen Vorgaben sowie den strategischen Zielen des Spitals.

Schwerpunkte der Entwicklung beinhalten die konsequente Weiterentwicklung des internen Prozess- und Risikomanagementsystems sowie die Umsetzung der erforderlichen Qualitätsverbesserungsmassnahmen in den vier Handlungsfeldern des Qualitätsvertrags.

Prozessmanagementsystem

Auf der Grundlage einer durchdachten Prozesslandschaft erfolgt die schrittweise Erarbeitung von Prozessen und deren mitgeltenden Dokumenten. Die konsequente Prozessorientierung ermöglicht dabei ein wirksames Schnittstellenmanagement und trägt somit massgeblich zu einer verbesserten Patientensicherheit und einer erhöhten Patientenzufriedenheit bei.

Risikomanagementsystem

Das Risikomanagementsystem spielt eine zentrale Rolle im Qualitätsmanagement von Spitälern, da es darauf abzielt, potenzielle Risiken zu identifizieren, zu bewerten, zu behandeln und kontinuierlich zu überwachen.

Im See-Spital wird zwischen übergeordnetem und klinischem Risikomanagement unterschieden, wobei beide Ansätze unterschiedliche Schwerpunkte und Zielsetzungen verfolgen:

Das übergeordnete Risikomanagement:

Das übergeordnete Risikomanagement bezieht sich auf die strategische Ebene des Spitals. Es umfasst die Identifikation, Bewertung und Steuerung von Risiken, die das gesamte See-Spital betreffen können:

- Finanzielle Risiken
- Rechtliche Risiken
- Betriebliche Risiken
- Strategische Risiken

Das übergeordnete Risikomanagement hat das Ziel, eine umfassende Risikokultur im gesamten Spital zu etablieren und sicherzustellen, dass Risiken systematisch identifiziert und gemanagt werden.

Das klinische Risikomanagement:

Das klinische Risikomanagement im See-Spital konzentriert sich auf die patientenbezogenen Aspekte der Versorgung und befasst sich mit Risiken, die direkt mit der medizinischen Behandlung und Pflege von Patient*innen verbunden sind.

Im See-Spital umfasst das Klinische Risikomanagement mehrere wesentliche Komponenten:

- das Fehlermanagement
- das CIRS (Critical Incident Reporting System)
- die Chance zur Verbesserung (Ideenmanagement)
- die M&M-Konferenzen (Morbidity- und Mortalitätskonferenzen)
- die Vigilanz-Systeme (Materio-, Hämo- und Pharmako-Vigilanz)
- die Prävention durch regelmässige Schulungen

Die Schwerpunkte der Weiterentwicklung des klinischen Risikomanagementsystems im See-Spital liegen in der Optimierung und Ökonomisierung der Meldemöglichkeiten, in einer konsequenten Einbindung in das Prozessmanagement und zur Steigerung der Qualität der Patientenversorgung sowie der Patientensicherheit.

Digitales Befragungssystem

In Ergänzung zur nationalen Patientenbefragung durch den ANQ wird die Zufriedenheit unserer Patient*innen laufend über eine interne Befragung erhoben. Unsere interne Zufriedenheitsbefragung findet in allen stationären Bereichen des See-Spitals statt und ist als hybride Befragung angelegt.

Beim Austritt erhalten unsere Patient*innen einen Fragebogen, den sie als Papier-Fragebogen oder über einen QR-Code Online ausfüllen können.

Die konsequente Kundenorientierung in einem modernen Spitalbetrieb erfordert eine hohe Flexibilität in den Feedbacksystemen. Im Rahmen der Weiterentwicklung eigener Befragungssysteme verfolgt das See-Spital daher das Ziel, die Messungen komfortabler und gleichzeitig ökonomischer zu gestalten. Dadurch ist es möglich neben einer routinemässigen Erhebung der Patientenerfahrungen (PREMs) auch temporäre, multimodale Evaluationen durchzuführen.

Zertifizierung Endometrioseklinik

Das See-Spital strebt im Jahr 2025 eine EuroEndoCert-Zertifizierung als Endometrioseklinik an. Die Vorbereitung und die Anmeldung bei der Zertifizierungskommission der Stiftung Endometriose-Forschung haben bereits im Jahr 2024 stattgefunden.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

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

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:
Patientenzufriedenheit
▪ Interne Patientenbefragung stationär
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Operationen
▪ MECON-Auswertung (Rettungsdienst)
Stürze
▪ Interne Sturz-Statistik
Weitere Qualitätsmessung: Akutsomatik
▪ Aufenthaltszeiten Notfall

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Notfallpraxis See-Spital

Ziel	Verkürzung der Wartezeit auf der Notfallstation, Optimierung der Patientenbehandlung und der Ressourcenplanung, Erhöhung der Effizienz und Steigerung der Patientenzufriedenheit sowie Reduzierung des Spitalaufenthaltes
Bereich, in dem das Projekt läuft	Notfall/Medizin
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2023 - 2026
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Eine Notfallpraxis ermöglicht eine schnelle und gezielte Versorgung von Patient*innen mit akuten, jedoch nicht lebensbedrohlichen Beschwerden, wodurch die Notaufnahme entlastet wird. Dies führt zu verkürzten Wartezeiten und verbessert insgesamt die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung im Spital und steigert die Patientenzufriedenheit.
Methodik	Bedarfsanalyse, Budget- und Ressourcenplanung, räumliche Planung, Festlegung von KPIs, Prozessoptimierung
Involvierte Berufsgruppen	Notfall/Medizin, Controlling, Labor, IT
Evaluation Aktivität / Projekt	Prüfung der Vorgaben, Machbarkeitsstudie, Kosten-Nutzen-Analyse, Budget- und Ressourcenplanung, Analyse vorhanden Massnahmen, Betriebskonzept, Überwachung von KPIs

Inbetriebnahme Trakt B (Ambulatorium, Beckenbodenzentrum, Gastro- und Endoskopieräume, Therapie- und Trainingsräume)

Ziel	Verbesserte Patientenversorgung (ambulant wie stationär), Optimierung der internen Abläufe, Steigerung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	See-Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2022 - 2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Umsetzung der Campus-Strategie: die neue Struktur ermöglicht dem See-Spital, die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Dienstleistungen konsequent am aktuellen und zukünftigen Bedarf der regionalen Bevölkerung auszurichten.
Methodik	Bedarfsanalyse, Budget- und Ressourcenplanung, räumliche Planung, Festlegung von KPIs, Prozessoptimierung
Involvierte Berufsgruppen	Ambulante Bereiche der Kliniken Chirurgie und Medizin
Evaluation Aktivität / Projekt	Prüfung der Vorgaben, Machbarkeitsstudie, Kosten-Nutzen-Analyse, Budget- und Ressourcenplanung, Analyse vorhanden Massnahmen, Anpassung von Betriebskonzepten, Überwachung von KPIs

Erweiterung der Onkologie-Praxis See-Spital

Ziel	Optimierung der Behandlungsqualität und Steigerung der Patientenzufriedenheit durch neue Abläufe, Räumlichkeiten und Geräte.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Onkologie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2023 - 2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die auf die neuen optimierten Abläufe angepassten Räumlichkeiten sowie die modernen medizintechnischen Geräte bieten verbesserte und komfortablere Behandlungsoptionen für Patient*innen. Beispielsweise ermöglicht die sternförmige Raumaufteilung dem Betreuungsteam, mit den Patient*innen jederzeit in Kontakt zu treten.
Methodik	Bedarfsanalyse, räumliche Planung, Budget- und Ressourcenplanung
Involvierte Berufsgruppen	Alle relevanten Bereiche des See-Spitals
Evaluation Aktivität / Projekt	Prüfung der Vorgaben, Machbarkeitsstudie, Kosten-Nutzen-Analyse, Budget- und Ressourcenplanung, Analyse vorhanden Massnahmen, Anpassung von Betriebskonzepten, Überwachung von KPIs

Digitale Sprechstunde Anästhesie

Ziel	Prozessoptimierung in der Prämedikationssprechstunde der Anästhesie
Bereich, in dem das Projekt läuft	Anästhesie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024 - 2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Digitalisierung (incl. Videocalls) der Anästhesiesprechstunde, von der Terminfindung bis zur Retournierung der Unterlagen
Methodik	Bedarfsanalyse, Budget- und Ressourcenplanung, Testphase
Involvierte Berufsgruppen	Institut für Anästhesiologie, Intensiv- & Rettungsmedizin (AIR), Chirurgie, Frauenklinik, IT, Disposition
Evaluation Aktivität / Projekt	Prüfung der Vorgaben, Machbarkeitsstudie, Kosten-Nutzen-Analyse, Budget- und Ressourcenplanung, Analyse vorhanden Massnahmen

Berufskleiderausgabe

Ziel	Prozessoptimierung und Steigerung der Nachhaltigkeit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Hotellerie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Mit der Implementierung der intelligenten Berufskleider-Ausgabe wurde die Versorgung der Mitarbeitenden in Pflege, Therapie und Medizin effizienter und nachhaltiger gestaltet.
Methodik	Bedarfsanalyse, räumliche Planung, Budget- und Ressourcenplanung
Involvierte Berufsgruppen	Alle relevanten Bereiche des See-Spitals
Evaluation Aktivität / Projekt	Prüfung der Vorgaben, Kosten-Nutzen-Analyse, Budget- und Ressourcenplanung

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Konsolidierung und Etablierung Qualitätsmanagementsystem See-Spital

Ziel	Überprüfung der im See-Spital durchgeführten Qualitätsmassnahmen und Konsolidierung in ein System
Bereich, in dem die Aktivität läuft	See-Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Seit 2024
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Methodik	Analyse vorhandener Massnahmen und Anpassung an die nationalen Vorgaben
Involvierte Berufsgruppen	Alle relevanten Bereiche des See-Spitals
Evaluation Aktivität / Projekt	Die durch die nationale Vorgabe geforderten Qualitätsmassnahmen sind in einem System inklusive PDCA Zyklus inkludiert

CIRS - Critical Incident Reporting System

Ziel	Durchführung regelmässiger Besprechungen und Fallbesprechungen im interdisziplinären CIRS-Gremium sowie bereichsübergreifende Fallbesprechung für alle interessierten Mitarbeitergruppen; Lessons learned und Vermeidung von Fehler
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Alle klinischen Bereiche des See-Spitals
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Durchgehend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Das CIRS ist ein wichtiges Instrument des klinischen Risikomanagements und dient als Berichts- und Lernsystem.
Methodik	Digitales Meldeportal für alle Mitarbeitenden des See-Spitals, systematische Bearbeitung durch das CIRS-Team.
Involvierte Berufsgruppen	Vorrangig alle Personen mit direktem Patientenkontakt, alle Mitarbeitenden des See-Spitals

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 2015 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.

Bemerkungen

Zur niederschweligen Meldung eines CIRS-Falles steht den Mitarbeitenden im See-Spital ein digitales Meldeportal zur Verfügung. Neben der Eingabe des Ereignisses besteht die Möglichkeit, potenzielle Ursachen aber auch mögliche Verbesserungsmassnahmen zu erfassen.

Im Jahr 2024 sind wieder zahlreiche CIRS-Meldungen im System eingegangen. Das CIRS-Kernteam hat diese Meldungen analysiert, besprochen, entsprechende Massnahmen dazu eingeleitet und nach Faktoren, Arten und Themen klassifiziert.

Der Chefarzt Institut für Anästhesiologie, Intensiv- & Rettungsmedizin (AIR) am See-Spital, Dr. Mirko Brenni, ist der Vertreter der CIRS-Kommission.

4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)

Patient-reported Outcome Measures (PROMs) messen die von Patient:innen individuelle, subjektive Wahrnehmung einer Behandlung auf die Lebensqualität. Neben anderen Indikatoren messen sie die Behandlungsqualität und geben ein Abbild der Lebensqualität der Patient:innen entsprechend ihren individuellen Werten, Präferenzen und Vorstellungen. Die Messung erfolgt mittels standardisierter, international validierter Fragebögen zum subjektiven Gesundheitszustand vor, während und nach einer Behandlung. Die Erfassung und Analyse von PROMs haben einen vielfältigen Nutzen. Sie helfen beispielsweise die Kommunikation und Shared-Decision-Making mit den Patient:innen zu verbessern. Zudem erhält das medizinische Fachpersonal eine zeitnahe Rückmeldung über den Behandlungserfolg aus Sicht der Patient:innen und kann weitere Schritte einleiten.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgenden PROM-Messungen durchgeführt/geplant:					
Krankheitsbild	Leistungsbereich	Behandlungspfad(e)/Klinik(en)	Verwendete Score(s)	Seit/Ab	Kommentare
Hüft-TEP	Bewegungsapparat chirurgisch	Orthopädie, Chirurgie	EQ-5D-5L	seit 2021	
Knie-TEP	Bewegungsapparat chirurgisch	Orthopädie, Chirurgie	EQ-5D-5L	seit 2021	

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	2015
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2009
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2011
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	2011
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	2011
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	2014
Prostatektomie-Register Prostatektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie swissurology.ch/register/ adjumed.com/support/schnittstellen/familie-urologie/	2019
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie	2011

		ibdc cohort.ch/	
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	2012
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	2002

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

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

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
HQuality	Zusatzversicherte	2008	2013	
Rettungsdienst IVR	Rettungsdienst	2006	2017	
ISO 9001:2015	Personal	2017	2020	
Committed to Friendly Work Space	See-Spital	2018	2018	
SGI-Zertifikat	Intensivstation See-Spital Horgen	2015	2023	
Externe Qualitätskontrolle Labor	Unilabs Labor See-Spital	2004	2023	
Qualitätslabel der Krebsliga Schweiz	Brustzentrum See-Spital Horgen	2022	2022	
REKOLE	Finanzabteilung See-Spital	2017	2021	Gültig bis 26.10.2025
Sport Medical Base approved by Swiss Olympic	reCover Sportmedizin See-Spital	2023	2023	

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	
See-Spital, Horgen				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	3.98	4.06	4.02	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.47	4.51	4.46	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.43	4.57	4.51	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.36	4.34	4.36	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.72	4.00	3.84	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	90.91 %	89.40 %	93.63 %	– %
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 vertiefte 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/.

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	▪ Im Spital verstorbene Patient:innen. ▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Interne Patientenbefragung stationär

Zusätzlich zu den nationalen Befragungen liefern die internen Patientenbefragungen wertvolle Informationen. Das Qualitätsmanagement-Team des See-Spitals analysiert die Ergebnisse und nutzt die Auswertungen, um Verbesserungsziele zu definieren und entsprechende Massnahmen einzuleiten.

Die interne Patientenbefragung beinhaltet Items u.a. zu den Bereichen:

- Zufriedenheit mit dem Aufenthalt und der Behandlung im See-Spital
- Beurteilung der Qualität der ärztlichen Behandlung
- Beurteilung der Qualität der pflegerischen Behandlung
- Empfang bei Eintritt ins See-Spital
- Organisation des Spitalaustritts
- Zufriedenheit mit der Verpflegung während des Aufenthalts
- Wiedereintritt ins See-Spital gewünscht

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die interne Patientenzufriedenheitsbefragung hat in allen stationären Bereichen des See-Spitals Horgen stattgefunden.

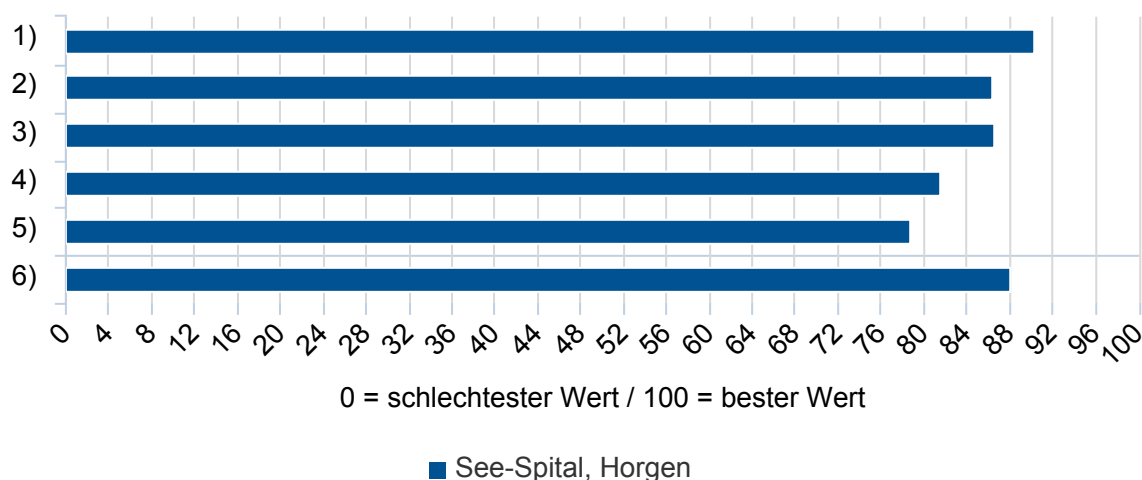
Sämtliche stationären Patient*innen des See-Spitals erhalten beim Austritt unseren Umfragebogen, den sie via Papier-Fragebogen oder über QR-Code Online ausfüllen können.

Der Fragebogen beinhaltet zwei grosse Freitextfelder für die Patientenrückmeldung und die Möglichkeit, anzukreuzen, falls eine Kontaktaufnahme seitens Qualitätsmanagement gewünscht ist. Die Bearbeitung erfolgt fortlaufend, Auswertungen finden monatlich statt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Aufenthalt und der Behandlung?
- 2) Wie beurteilen Sie die Qualität der ärztlichen Behandlung?
- 3) Wie beurteilen Sie die Qualität der pflegerischen Betreuung?
- 4) Wie wurden Sie bei Ihrem Eintritt empfangen?
- 5) Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?
- 6) Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder kommen?



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
See-Spital, Horgen	90.21	86.41	86.48	81.49	78.70

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Fragen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
See-Spital, Horgen	88.01		0.00 %

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Auswertung der internen Patientenbefragung zeigt für das Jahr 2024 eine grundsätzlich hohe Zufriedenheit. Die Patient*innen bewerteten ihren Aufenthalt und die Behandlung mehrheitlich sehr positiv und würden daher auch wieder ins See-Spital kommen.

Die Zufriedenheit mit dem Eintritt und der Organisation des Spitalaustritts weist jedoch auf Verbesserungspotential in diesen Abläufen hin. Im Rahmen des Prozessmanagements werden diese beiden Prozesse analysiert und Massnahmen zur Optimierung geplant.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

See-Spital, Horgen

Qualitätsmanagement

Katharina Larem

Qualitätsmanagerin

044 728 65 80

qm@see-spital.ch

Montag bis Freitag

Zusätzliche

Ansprechperson: Wiktor Cucci,

Qualitätsmanagement

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
See-Spital, Horgen	Risikoadjustierte Rate	Risikoadjustierte Rate
Spitalweite Kohorte	6.09 %	5.75 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	5.03 %	5.15 %
Kardiorespiratorische Kohorte	7.93 %	11.33 %
Kardiovaskuläre Kohorte	6.14 %	6.98 %
Neurologische Kohorte	7.58 %	5.89 %
Sonstige medizinische Kohorte	9.22 %	7.78 %

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/.

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	▪ Stationäre Patientinnen und Patienten. ▪ 18 Jahre oder älter. ▪ Patient:in ist beim Erstaufenthalt nicht verstorben. ▪ Patient:in wurde nach Erstaufenthalt nicht direkt an ein anderes Akutspital überwiesen. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes oder eines Haupt- oder Nebenbehandlungs-Kodes, der gemäss den spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien eine der Kohorten beschreibt.
	Ausschlusskriterien	▪ Entlassung erfolgte beim Erstaufenthalt entgegen dem Rat des behandelnden Arztes. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes für eine psychiatrische Erkrankung oder eine Rehabilitation. ▪ 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»). ▪ 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). ▪ 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. ▪ Beim betreffenden Erstaufenthalt handelt es sich bereits um eine ungeplante Rehospitalisation während 30 Tagen eines vorhergehenden Erstaufenthalts mit dem gleichen Grundleiden. ▪ Patient:in lebt im Ausland. ▪ Vorhandensein einer mit mikrobiologischem Nachweis bestätigten COVID-19 Diagnose.

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2018 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	2016 - 2019	2017 - 2020	2018 - 2021
See-Spital, Horgen							
Primäre Hüfttotalprothesen	44	0.00%	4.30%	2.50%	2.90%	0.00%	
Primäre Knieprothesen	25	0.00%	3.80%	4.20%	2.50%	0.00%	

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/.

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.

10.2 Eigene Messung

10.2.1 MECON-Auswertung (Rettungsdienst)

Im Rahmen der alle vier Jahre durchgeführten MECON-Auswertung wurde im Jahr 2024 die Qualität und die Patientenzufriedenheit von insgesamt 17 Rettungsdiensten umfassend geprüft, darunter auch der Rettungsdienst des See-Spitals.

Die MECON-Messung hat im Messzeitraum September - November 2024 stattgefunden.

Folgende Patientengruppen wurden von der Messung ausgeschlossen:

- Krankentransporte
- GCS < 14
- NACA 6 und höher
- Patient*innen unter 15 Jahren
- Patient*innen mit Drogen-, Alkohol- oder Medi-Intox

Das See-Spital sieht in der Messung ein geeignetes Werkzeug zur Qualitätssicherung und -steigerung, das dazu beiträgt, die Arbeit im Rettungsdienst effizienter und sicherer zu gestalten. Im externen Vergleich ermöglicht die Messung den Rettungsdiensten, ihre Qualität im Benchmarking mit anderen Organisationen zu messen, voneinander zu lernen und kontinuierlich Verbesserungen vorzunehmen.

Diese Messung haben wir vom 01.09.2024 bis 30.11.2024 durchgeführt.

Die Messung hat ausschliesslich im Bereich Rettungsdienst stattgefunden.

Diese MECON-Auswertung erfolgt nach einem speziellen Index, der die Zufriedenheit der Patient*innen bewertet. Dabei fliessen ausschliesslich die besten Bewertungen (++ = „sehr gut“) positiv in die Messung ein, während alle anderen Bewertungen (z. B. +, +/-, -) abgezogen werden.

Trotz dieses strengen Bewertungssystems konnte der Rettungsdienst des See-Spitals bemerkenswerte und stabile Ergebnisse erzielen, mit einer Zufriedenheitsrate von durchschnittlich 90%.

Dieses Ergebnis ist besonders hervorzuheben, da es nicht nur einen Vergleich mit anderen Rettungsdiensten ermöglicht, sondern auch die spezifische Patientenzusammensetzung des See-Spitals berücksichtigt. Der höhere Anteil an älteren und privatversicherten Patient*innen, die häufig besonders hohe Ansprüche an die Versorgung stellen, unterstreicht die ausserordentliche Qualität und den Einsatz des See-Spital-Rettungsdienstes.

Das See-Spital ist stolz auf die erreichten Werte und wird weiterhin daran arbeiten, die Zufriedenheit der Patient*innen zu gewährleisten und zu steigern.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Messsystem für Rettungsdienste

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Gebärmutterentfernungen (Summe)
▪ Gebärmutterentfernungen (vaginal)
▪ Gebärmutterentfernungen (abdominal)
▪ 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	2021/2022	2022/2023	2023/2024
See-Spital, Horgen						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	0	0	18.30%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	11	2	4.10%	6.60%	7.60%	16.50% (0.00% - 38.40%)
Gebärmutterentfernungen (Summe)	108	2	-	0.00%	3.30%	1.90% (0.00% - 4.50%)
Gebärmutterentfernungen (vaginal)	4	0	-	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Gebärmutterentfernungen (abdominal)	104	2	-	0.00%	3.70%	2.00% (0.00% - 4.70%)

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	2021/2022	2022/2023	2023/2024
See-Spital, Horgen						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	159	0	10.40%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

12 Stürze

Hinweis zur nationalen Messung Sturz & Dekubitus: Keine Messung im Jahr 2023 - Ablösung der Messmethode

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung ab 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie hier:

<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/sturz-dekubitus/>

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Interne Sturz-Statistik

Im See-Spital werden Sturzereignisse laufend über das Klinische Informationssystem erfasst. Das Ziel dieser internen und ganzjährigen Messung ist es, die Häufigkeit und Umstände der Stürze zu eruieren, um entsprechende Massnahmen ableiten zu können.

Alle erfassten Stürze werden regelmässig in Form einer Statistik ausgewertet, analysiert und mit den jeweiligen Fachbereichen besprochen. Die Datenanalyse ermöglicht u.a. eine Zuordnung zu möglichen Ursachen, die Verknüpfung mit den Verletzungsgraden oder das Erkennen von Sturzmustern (z. B. bestimmte Alters- oder Krankheitsgruppen oder in bestimmten Alltagssituationen/ Uhrzeiten).

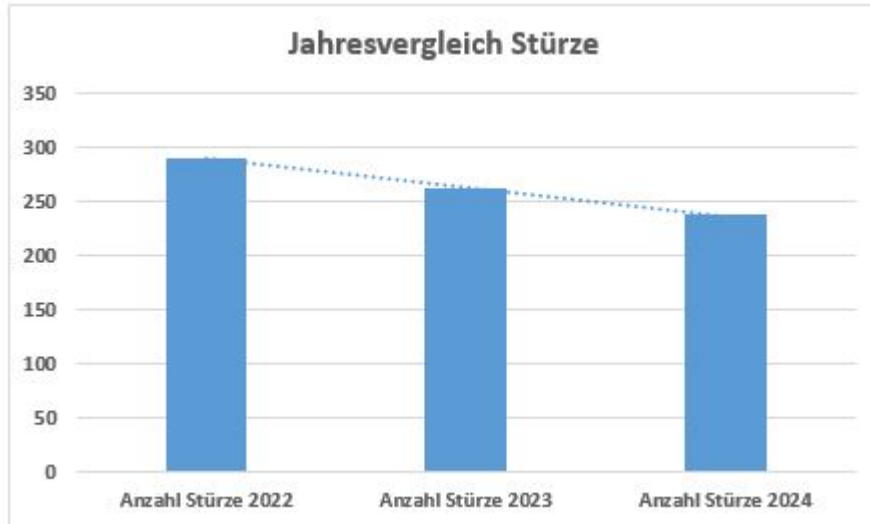
Halbjährlich werden im interdisziplinären Qualitätsgremium Sturz die Daten abteilungsübergreifend analysiert und diskutiert. Mit Hilfe der Zahlen werden die bereits vorgenommenen Massnahmen auf ihre Wirksamkeit überprüft und ggf. weitere Massnahmen definiert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die internen Messungen werden fortlaufend auf allen Bettenstationen, der Intensivstation und der Akutgeriatrie für das komplette Kalenderjahr durchgeführt.

Die nachfolgenden Grafiken zeigen den Jahresvergleich der Stürze im Zeitraum 2022 - 2024 sowie die Sturzstatistik 2024 - Schweregrad der Verletzung.

Die Statistiken bestätigen den positiven Trend im See-Spital: aufgrund der grossen Schulungsoffensive zur Etablierung des Sturzkongzeptes und der Sensibilisierung der Pflegemitarbeitenden, damit möglichst alle Stürze lückenlos dokumentiert werden, gelang es die Sturzzahlen nachhaltig zu reduzieren.



Keine Verletzung: keine Schmerzen, Beschwerden, Wunden oder sonstige erkennbare Verletzungen

Leichte Verletzung: Schürfung, Rötung, kleinere Hämatome, Schmerzen

Schwere Verletzung: Frakturen, RQW, Platzwunden, alle äusseren / inneren Verletzungen am Kopf

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

Sturzprotokoll im KIS

Weitere Qualitätsaktivitäten

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Aufenthaltszeiten Notfall (Akutsomatik)

Das Ziel der Messung war, die Aufenthaltszeiten der Patient*innen im Notfall des See-Spitals zu erfassen, von der Anmeldung über die Triage bis zum Austritt. Dabei wurde insbesondere untersucht, zu welchen Zeiten und Wochentagen das Patientenaufkommen hoch ist. Gemessen wurden die Dauer der jeweiligen Aufenthalte sowie die Verteilung der ESI-Kategorien (nach ESI-Index: 1-5), um mögliche Verbesserungen in der Behandlung, Entlastung der Notaufnahme und der Steigerung der Patientenzufriedenheit zu identifizieren.

Diese Messung haben wir vom 01.01.2024 bis 30.06.2024 durchgeführt.
Die Messung hat ausschliesslich im Bereich Notfall stattgefunden.

Die durchschnittliche Verweildauer im Notfall des See-Spitals liegt bei ca. 3 Stunden.
Es ist wichtig zu beachten, dass bei akuten Notfällen die Priorität auf rascher Versorgung liegt, während weniger dringende Fälle möglicherweise längere Wartezeiten und Verweilzeiten aufweisen.

Die Messergebnisse bestätigen, dass die Etablierung einer Notfallpraxis für nicht lebensdrohliche Fälle die Möglichkeit bietet, die Wartezeiten für die Notfall-Patient*innen signifikant zu reduzieren, die Versorgung der Patient*innen zu verbessern und die Patientenzufriedenheit zu steigern.

Die Ergebnisse legen somit die Grundlage für eine zielgerichtete Optimierung der Ressourcenplanung und Prozessgestaltung im Notfalldienst.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Digitale Sprechstunde Anästhesie

Für ein Akutspital wie das See-Spital sind effiziente und reibungslose Abläufe in der Anästhesie-Sprechstunde von zentraler Bedeutung.

Bisher erfolgte die Erhebung des Gesundheitsfragebogens sowie die Einholung der Patienteneinwilligung in Papierform, was mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden war und den eigenen Ansprüchen an Nachhaltigkeit nicht gerecht wurde.

Mit einer Einführung der digitalen Anästhesie-Sprechstunde sollen die Prozesse optimiert und die Patientensicherheit signifikant erhöht werden. Die automatisierte Übertragung von Sprechstundenterminen und die digitale Erfassung des Gesundheitsfragebogens reduzieren den administrativen Aufwand erheblich und minimieren potenzielle Fehlerquellen, die bei der manuellen Datenübertragung auftreten können. Eine digitale Sprechstunde soll den Patient*innen ermöglichen, bequem von zu Hause aus an der anästhesiologischen Beratung teilzunehmen, auf Wunsch auch in Anwesenheit von Familienangehörigen.

Die Lösung bietet den Patient*innen eine höhere Flexibilität bei der Terminplanung, die ebenfalls Online erfolgt, und vermeidet lange Anfahrtswege sowie Wartezeiten im Spital. Zudem kann das medizinische Personal effizienter arbeiten.

Die Patient*innen sollen die Möglichkeit haben, vorab Informationen und Fragen einzureichen, was die Vorbereitung auf das Gespräch verbessern und die Kommunikation zwischen Patient*in und Anästhesist*in optimieren soll.

18.1.2 Notfallpraxis See-Spital

Bei dem Projekt handelt es sich um ein internes Projekt, mit folgenden Hauptzielen: Entlastung der Notaufnahme und gezielte Versorgung von Patient*innen mit akuten, jedoch nicht lebensbedrohlichen Beschwerden, was die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung im Spital deutlich verbessert und damit die Patientenzufriedenheit erhöht.

Die Evaluation zum Aufbau einer solchen Notfallpraxis umfasst verschiedene Aspekte, um die Effektivität, Effizienz und Qualität der neuen Einrichtung zu bewerten. Im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Massnahmen regelmässig überprüft und neu bewertet, um die Qualität der Versorgung und die Effizienz der Notfallpraxis langfristig zu gewährleisten.

18.1.3 Berufskleiderausgabe

Das See-Spital hat erfolgreich eine digitale Berufskleiderausgabe implementiert, um die Versorgung seiner Mitarbeitenden in der Pflege, Therapie und Medizin effizienter und nachhaltiger zu gestalten. Mit der neuen Lösung wurde die bisherige Kleiderknappheit an den Kleiderhorten durch eine moderne, automatisierte Infrastruktur abgelöst. Gleichzeitig wurden neue Berufskleider für alle relevanten Fachbereiche beschafft, die den hohen Ansprüchen an Hygiene, Komfort und Funktionalität gerecht werden.

Das Projekt stellt einen bedeutenden Meilenstein in der Optimierung der Arbeitskleidung dar und trägt massgeblich zur Steigerung der Arbeitsplatzqualität und Betriebsorganisation bei.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 Überarbeitung und Anpassung bestehender Betriebskonzepte an den Neubau NEO

Das interne Projekt "Überarbeitung und Anpassung bestehender Betriebskonzepte an den Neubau NEO" fand von November 2021 bis Dezember 2024 statt. Es beinhaltete die Analyse bestehender Massnahmen, die Anpassung an aktuelle Bedürfnisse und die Implementierung neuer Konzepte. Alle Betriebskonzepte, einschliesslich der Ablauforganisation und Aufbauorganisation, wurden umfassend überarbeitet.

18.2.2 Einführung Patientendatenmanagementsystem (PDMS)

Das Projekt "Einführung Patientendatenmanagementsystem (PDMS)" wurde nach einem Jahr erfolgreich abgeschlossen. Das Ziel war es, die Abläufe zu digitalisieren sowie die Daten der medizintechnischen Geräte in das Tool zu integrieren, was zu einer verbesserten Datenqualität für Patient*innen auf der Intensivstation und in den Operationssälen führte. Dadurch konnte die Patientensicherheit weiter erhöht werden.

18.2.3 Einführung Software für Kardiotokografie/ Wehenschreiber (CTG)

Das Projekt zur Einführung einer Software für Kardiotokografie (CTG) auf der Geburtenabteilung des See-Spitals hat die Datenqualität der Patientendaten erheblich verbessert.

Die moderne Software ermöglicht eine präzise Überwachung der Herzfrequenz und Wehentätigkeit, was zu einer erhöhten Patientensicherheit führt. Durch die frühzeitige Erkennung und Minimierung potenzieller Risiken wird die Versorgung der werdenden Mütter optimiert.

18.2.4 Übergeordnetes Beschwerdemanagement

Mit dem Projekt "Übergeordnetes Beschwerdemanagement" ist ein effektives System zur Bearbeitung von Beschwerden etabliert worden. Es umfasst die systematische Erfassung und Analyse von Reklamationen, um daraus gezielte Massnahmen abzuleiten und Prozesse zu optimieren.

Ein zentrales Ziel des Projekts war die Deeskalation von Beschwerden durch zeitnahe und transparente Bearbeitung.

Darüber hinaus sollte ein offener Dialog mit den Patient*innen gefördert werden, um das Vertrauensverhältnis zu stärken.

Durch diese Ansätze soll die Patientenzufriedenheit kontinuierlich gesteigert werden.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Initialprojekt zur Vorbereitung der Zertifizierung Endometrioseklinik

Das Initialprojekt zur Vorbereitung der Anmeldung bei der Zertifizierungskommission der Stiftung Endometriose-Forschung hat im Jahr 2024 stattgefunden und wurde mit der erfolgreichen Anmeldung abgeschlossen.

19 Schlusswort und Ausblick

Der wichtigste Meilenstein des Jahres 2024 war die Fertigstellung des letzten Traktes des Neubaus.

Das See-Spital schafft eine moderne Infrastruktur, die den Anforderungen an eine zeitgemässe Patientenversorgung gerecht wird. Mit neuen, geräumigen Behandlungszimmern mit viel Tageslicht im Ambulatorium, einem hochwertig ausgestatteten MTT und erweiterten Kapazitäten in der Onkologie und Gastroenterologie kann das See-Spital sowohl die medizinische Qualität als auch den Komfort für Patient*innen und Mitarbeitende deutlich verbessern.

Darüber hinaus kommt für Zusatzversicherte ein neuer Bettentrakt, die neue Excellence-Bettenstation mit gehobenem Komfort und Seesicht.

In der Onkologie bieten die auf die optimierten Abläufe angepassten Räumlichkeiten sowie die modernen medizintechnischen Geräte verbesserte und komfortablere Behandlungsoptionen für Patient*innen. Mit der Ergänzung des Behandlungsteams um die Fachspezialisierung Hämatologie ist die Onkologie-Praxis See-Spital 2024 auch personell gewachsen.

Mit der Fertigstellung des Neubaus wartet die Gastroenterologie See-Spital mit grossem Platzangebot inklusive Wartebereich und zwei vollausgerüsteten Behandlungsräumen auf. Auch das Team ist gewachsen. Für die Untersuchungen von Gallenwegen aber auch Schleimhautveränderungen in Speiseröhre, Magen und Dünndarm werden seit 2024 auch Endoskopie-Untersuchungen mit Ultraschall (Endosonographie) durchgeführt. Die Gastroenterologie See-Spital führt neu auch Fibroscan-Screenings zur Überprüfung der Lebergesundheit durch.

Auch die Physiotherapie See-Spital hat 2024 das Provisorium verlassen und ist im Neubau eingezogen. Behandlungen finden hier in Einzelkabinen, im Gruppenraum oder in der medizinischen Trainingstherapie mit motivierender Aussicht auf den Zürichsee statt. Das Angebot wird laufend erweitert.

Trainieren mit reduzierter Schwerkraft – in der Physiotherapie See-Spital ist dies ab sofort möglich. Unser neues Anti-Schwerkraft-Laufband AlterG® kann die Belastung beim Laufen um bis zu 80% reduzieren. Die Druckluftkammer verringert das Körpergewicht, sodass Patient*innen bereits wenige Tage nach der Operation mit der Rehabilitation beginnen können. Eine weitere innovative Ergänzung ist GLA:D®, ein wissenschaftlich entwickeltes Training aus Dänemark, das sich an Arthrose-Patient*innen und Menschen mit chronischen Rückenbeschwerden richtet.

Ausblick

Mit dem Abschluss der letzten Bauetappe hat das See-Spital einen entscheidenden Schritt in seiner Weiterentwicklung zum Gesundheitscampus Horgen erreicht.

Die neue Campus-Struktur ermöglicht dem Spital, die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Dienstleistungen konsequent am aktuellen und zukünftigen Bedarf der regionalen Bevölkerung auszurichten. Dies führt zu einer verbesserten Patientenversorgung (ambulant wie stationär), einer Optimierung der internen Abläufe sowie zur Steigerung der Zufriedenheit von Patient*innen und Mitarbeitenden.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Spinale Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Strabologie
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)

Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere
Isolierte Adrenalektomie
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Polysomnographie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Wechseloperationen Hüftprothesen
Wechseloperationen Knieprothesen
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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