



**MERIAN ISELIN**

*Klinik für Orthopädie  
und Chirurgie*

# Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

24.05.2017  
Stephan Fricker, CEO

Version 1



**Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und  
Chirurgie**

[www.merianiselin.ch](http://www.merianiselin.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 2016.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

## Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

## Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

Herr  
Mario Grava  
Leitung Qualitätsmanagement  
+ 41 61 305 13 92  
[mario.grava@merianiselin.ch](mailto:mario.grava@merianiselin.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen .....	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	14
4.5 Registerübersicht .....	15
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	15
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>16</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>17</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>17</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	17
5.2 Eigene Befragung .....	18
5.2.1 Patientenzufriedenheit .....	18
5.3 Beschwerdemanagement .....	19
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b>	
Wir haben nur ganz vereinzelt Kinder und/oder Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsbefragung nicht zulässt	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>20</b>
7.1 Eigene Befragung .....	20
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit .....	20
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>22</b>
8.1 Eigene Befragung .....	22
8.1.1 Belegärztezufriedenheit .....	22
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>24</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>24</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	24
<b>10 Operationen</b> .....	<b>26</b>
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen .....	26
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>28</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	28
<b>12 Stürze</b> .....	<b>30</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	30
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>31</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	31
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b>	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b>	

Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.

<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b> .....	<b>33</b>
17.1	Weitere eigene Messungen .....	33
17.1.1	Nosokomiale Infekte .....	33
17.1.2	Stürze.....	34
17.1.3	Komplikationen.....	35
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>36</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	36
18.1.1	Händehygiene-compliance.....	36
18.1.2	Zusammenführung und Optimierung Patientenaufnahme und Patienten Service .....	36
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016 .....	36
18.2.1	Zentralisierung Front-/Backofficearbeiten mit Patientenbelagen .....	36
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	37
18.3.1	Zertifizierung der gesamten Klinik nach ISO 9001:2015.....	37
18.3.2	Rezertifizierung REKOLE.....	37
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>38</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>39</b>
Akutsomatik .....		39
<b>Anhang 2</b>		
<b>Herausgeber</b> .....		<b>41</b>

## 1 Einleitung

**Die Merian Iselin Klinik ist das führende Gesundheitszentrum für Orthopädie und Chirurgie in der Nordwestschweiz. Als moderne Belegarztklinik mit ca. 120 akkreditierten Fachärzten bieten wir jedem Patienten die freie Arztwahl und somit eine bestmögliche individuelle Behandlung.**

Zusammen mit einem hochqualifizierten Team, einer konsequenten Spezialisierung auf den Fachbereich Orthopädie und dank permanenter technischer und infrastruktureller Weiterentwicklung kann sich das Merian Iselin heute zu einer der modernsten Kliniken der Schweiz zählen. Zusammen mit unseren Belegärztinnen und Belegärzten wird täglich intensiv daran gearbeitet, Ihnen als Patientin oder Patient, nach modernsten Erkenntnissen durchgeführte Eingriffe sowie eine hervorragende postoperative Pflege zu garantieren.

Infrastrukturell ist die Merian Iselin Klinik mit 8 auf dem neusten Stand der Technik ausgestatteten Operationssälen in der Lage, jährlich knapp 8000 operative Eingriffe vorzunehmen. Perfekt eingespielte Abläufe verbunden mit der Fachspezialisierung bedeuten Sicherheit und damit Nachhaltigkeit für Ihre Gesundheit. Rund um die Uhr ist ein ärztliches Sicherheitsnetz verfügbar: Dieses garantiert, dass Sie als Patientin oder Patient die medizinisch-pflegerische Betreuung erhalten, welche individuell notwendig, kompetent, einfühlsam und für Sie optimal ist.

Im Bereich von Diagnostik und Therapie präsentiert sich die Merian Iselin Klinik ebenfalls hochprofessionell. Neben einer Radiologie mit modernster bildgebender Ausrüstung (2 MRI, davon ein 3-Tesla-System, hochauflösender CT, Angio und weitere digitale Röntgenverfahren) und einem effizienten, gut dotierten Labor werden im Bereich Physiotherapie Sie als Patientin oder Patient entweder stationär oder ambulant betreut und behandelt.

Modernes Design, neuste Technik und eine hervorragende Hotellerie garantieren auch ausserhalb der medizinischen Welt höchsten Komfort und Wohlbefinden für Sie. Knapp 500 Mitarbeitende sind für den reibungslosen Ablauf während Ihres Klinikaufenthaltes besorgt.

Seit 2015 zertifiziert nach der ISO-Norm 9001:2008 verpflichten wir uns mit unseren Partnern, Qualitätsstandards konstant zu optimieren und zu überprüfen. Die kontinuierliche Weiterbildung unserer Mitarbeitenden ist unverzichtbar um die hochgesteckten Ziele zu erreichen.

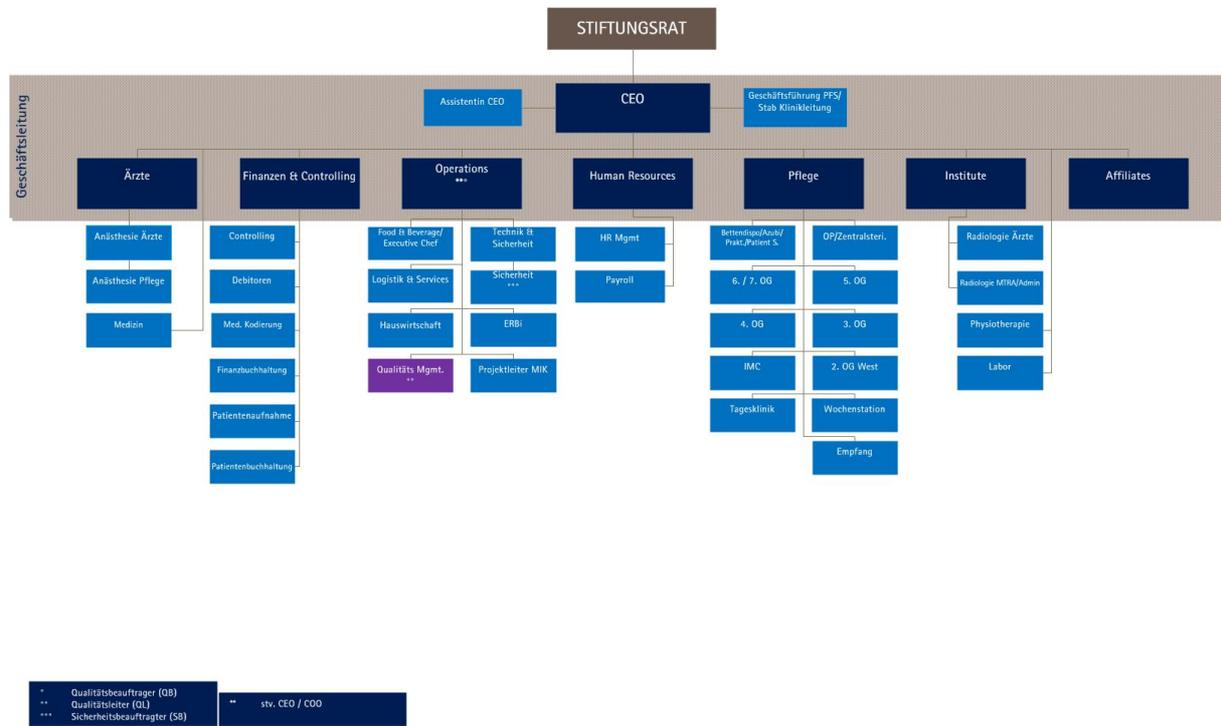
Die Merian Iselin Klinik ist deshalb Ihr idealer Partner zur Lösung medizinischer Probleme aus den Bereichen Orthopädie und Chirurgie. Informieren Sie sich unverbindlich über unsere Möglichkeiten und machen Sie sich ein Bild von der Leistungsfähigkeit der Merian Iselin Klinik.

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

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Wichtige Qualitäts-Themen werden direkt in der Geschäftsleitung der Klinik diskutiert.

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt dem Bereich Operations unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **160** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Mario Grava

Leiter Qualitätsmanagement

Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und

Chirurgie

+41 61 305 13 92

[mario.grava@merianiselin.ch](mailto:mario.grava@merianiselin.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

In der Merian Iselin Klinik steht der Mensch immer im Mittelpunkt. Ob Patient, Angehöriger, Besucher, Mitarbeiter, Belegarzt, Kostenträger, Lieferant, Kooperationspartner oder im Allgemeinen die Öffentlichkeit. Ein ganz zentraler Unternehmensfocus ist die Patienten- bzw. die Kundenzufriedenheit.

Der Patient und/oder der Kunde setzt den Massstab für die Qualität. Sein Urteil über unsere Qualität ist somit ausschlaggebend.

Durch einen kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozess soll über das Engagement aller Mitarbeitenden auf allen Ebenen und unter Einbezug unserer Belegärzte die Qualität unserer Dienstleistungen permanent optimiert werden, dies im Einklang mit der Strategie 2014 bis 2018 der Merian Iselin Stiftung. Basis unseres Qualitätsmanagements ist Norm ISO 9001.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen müssen sich Privatkliniken im Markt klar profilieren und positionieren. Qualität, Fachkompetenz und Sicherheit spielen dabei eine zentrale Rolle. Das klinikinterne Rechnungswesen ist nach REKOLE zertifiziert. Mit dem Einsatz eines CIRS sollen kritische Situationen möglichst vermieden werden.

Nach all diesen Prinzipien arbeiten wir täglich. Unsere Belegärzte stehen für eine freie Arztwahl. Sie betreuen ihre Patienten hochkompetent und persönlich. Sie sind permanent verfügbar und engagieren sich in unserer Klinik für Allgemein- und für Zusatz-Versicherte. Belegärzte achten besonders auf den Schutz der Privatsphäre und messen den Wünschen der Patienten hinsichtlich des Ablaufes der Behandlung grösste Bedeutung zu.

Zum Wohlergehen der Patienten während des Aufenthaltes in unserer Klinik tragen der hohe Pflegestandard, die sorgfältige Aus- und Weiterbildung und die kontinuierliche Schulung unserer Mitarbeitenden bei. Unsere Klinik nimmt auch regelmässig an Messungen der Ergebnisqualität unserer Behandlungen teil und wir vergleichen die Ergebnisse mit anderen Spitälern, um bei den Besten zu bleiben.

Ausserdem führen wir periodisch Befragungen hinsichtlich Zufriedenheit bei unseren Patienten, unseren Mitarbeitenden sowie unseren Belegärzten durch. Ergebnisse ermöglichen einen Benchmark mit anderen Institutionen und sie geben uns Aufschluss über Verbesserungspotentiale, welche wir gezielt angehen und umsetzen.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

- Ausbau der Fachrichtung Urologie
- Konzeption Aufnahmestation
- Konzeption "Premium Gold" in der Klinik West
- Konzeption 9. Operationssaal
- Weiterentwicklung der Medikationssicherheit
- Zufriedenheitsbefragung der Belegärzteschaft

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

- Der Fachbereich Urologie wurde erfolgreich ausgebaut, dies sowohl personell wie auch technologisch
- Inbetriebnahme des robotergestützten Operationssystems "Da Vinci"
- Die Aunahmestation wurde erfolgreich ins Klinikgesamtkonzept implementiert
- Durchführung der Belegärztebefragung mit ausgezeichneten Resultaten

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualität bleibt auch in Zukunft ein zentral wichtiger Faktor für die Merian Iselin Klinik. Daraus ergeben sich permanent Herausforderungen wie zum Beispiel die Abläufe und Strukturen im Rahmen des Prozessmanagements anzupassen. Oberstes Ziel ist es auch hier, die messbare und erlebbare Qualität in unserer Spezialklinik weiter zu dokumentieren und damit zu optimieren.

Qualität muss messbar sein. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sowie auch die kantonale Gesundheitsdirektion stellen hierfür Messinstrumente zur Verfügung, welche einheitliche Bewertungskriterien enthalten und somit ein schweizerisches und kantonales Benchmark ermöglichen. Gleichzeitig bieten diese Qualitätsindikatoren für uns auch jeweils die Möglichkeit, uns weiter zu entwickeln.

Ein weiteres strategisches Qualitätselement unserer Klinik ist die Aufrechterhaltung der Zertifizierung nach der Norm ISO 9001:2008, bzw. 9001:2015.

Prozessdokumentationen werden zusätzliche Bedeutung erlangen. Prozessanalysen und Prozessoptimierungen werden die Wirtschaftlichkeit sowie die Konkurrenzfähigkeit sichern.

Zusätzlich sollen die Bestrebungen zur Nutzung des CIRS intensiviert werden. Regelmässige Qualitäts-Newsletter sowie punktuelle und zielgerichtete Qualitäts-Weiterbildungen runden das Gesamtbild ab.

Qualitätsziele der kommenden Jahre sind unter anderem:

- Aufrechterhaltung des Zertifikats ISO 9001:2008, bzw. Neuzertifizierung nach 9001:2015
- Regelmässige Messungen der Patienten-, Belegärzte-, und Mitarbeiterzufriedenheit - Umfragen sind lanciert
- Das Bauprojekt der Klinik West inkl. "Premium Gold" ist umzusetzen (2017)

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indikations- und Ergebnisqualitätsmessung bei Erstimplantation und Revision von Hüft- und Knie-Totalendprothesen (COMI-Fragebogen)</li> </ul>

### 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>
▪ Patientenzufriedenheit
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterzufriedenheit
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Belegärztezufriedenheit

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessungen</i>
▪ Nosokomiale Infekte
▪ Stürze
▪ Komplikationen

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Care Flow

<b>Ziel</b>	Aktive Mitwirkung des Patienten bei einer komplikationsarmen und schnellen Wiedergewinnung von Aktivität und Lebensqualität vor und nach einem Hüft- oder Knie-TP-Eingriff
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	OP-Bereich, Anästhesie, Pflege, Physiotherapie, Belegärzte
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	OP-Bereich, Anästhesie, Pflege, Physiotherapie, Belegärzte
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Care Flow ist sehr erfolgreich, womit es zu einem festen Bestandteil des Angebots in unserer Klinik geworden ist.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Projektunterlagen bei der Klinikleitung abgelegt und dokumentiert

##### EasyLearn (Elektronisches Bildungssystem)

<b>Ziel</b>	Sicherstellung eines einheitlichen Wissensstandes aller Mitarbeitenden bezüglich ausgesuchter Ausbildungsinhalte
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Mitarbeitenden der Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Hat sich in der Klinik sehr gut bewährt.

##### Beschwerdemanagement

<b>Ziel</b>	Kontinuierliche Verbesserungsaktivitäten, Optimierung der Qualität
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Mitarbeitenden der Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Bewährte Systematik welche laufend optimiert wird.

## Meldeportal

<b>Ziel</b>	Förderung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Methodik</b>	Elektronisches Tool zur Erfassung von CIRS, Ideen, internen Beschwerden und Dringlichkeitsmeldungen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Mitarbeitenden der Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Hat sich in der Klinik sehr gut bewährt.

## Klinik-Informationssystem

<b>Ziel</b>	Digitale Patientenakten und Qualitätssicherung auf Knopfdruck, Erfüllen der Vorschriften und Patientensicherheit erhöhen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Mitarbeitenden der Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Hat sich in der Klinik sehr gut bewährt.

## Sicherheitsmanagement

<b>Ziel</b>	Schulung aller Mitarbeitenden bezüglich aller relevanten Sicherheitsvorkehrungen in der Klinik
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Mitarbeitenden der Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Bewährte Systematik welche laufend optimiert wird.

## Patientenzufriedenheitserhebung mit internem Fragebogen

<b>Ziel</b>	Kontinuierliche Verbesserungsaktivitäten in der Klinik, Optimierung der Qualität
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Fester Bestandteil des QMS mit laufender Evaluation.

### 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, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2010 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**

Das CIRS-Meldesystem zur Erfassung von personen- und umweltbezogenen Zwischenfällen und Beinahe-Zwischenfällen findet in der gesamten Merian Iselin Klinik Anwendung und ist auch für unsere Belegärzte zugänglich (klinikexterner Zugang).

## 4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>AMDS</b> Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://www.iump.ch/ADS">www.iump.ch/ADS</a>	2012
<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>	1999
<b>SOL-DHR</b> Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) <a href="http://www.lebendspende.ch/de/verein.php">www.lebendspende.ch/de/verein.php</a>	2011
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	2012

### Bemerkungen

Diverse Belegärzte nehmen seit Jahren an zusätzlichen unterschiedlichen Registern teil.

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2008	Gesamte Klinik	2015	2015	Rezertifizierung 2018
REKOLE	Finanzen & Controlling	2013	2013	Rezertifizierung 2017
ISO/IEC 17043	Labor	1997	2016	
QUALAB	Labor	1992	2016	

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2016 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt, weshalb es keine Vorjahreswerte gibt.

#### Messergebnisse

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

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG oder MECON measure & consult GmbH

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenzufriedenheit

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

Die Resultate werden einem Benchmark mit Kliniken der gesamten Schweiz unterzogen.

Die Messung findet jährlich statt.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Januar bis Dezember 2016 durchgeführt.

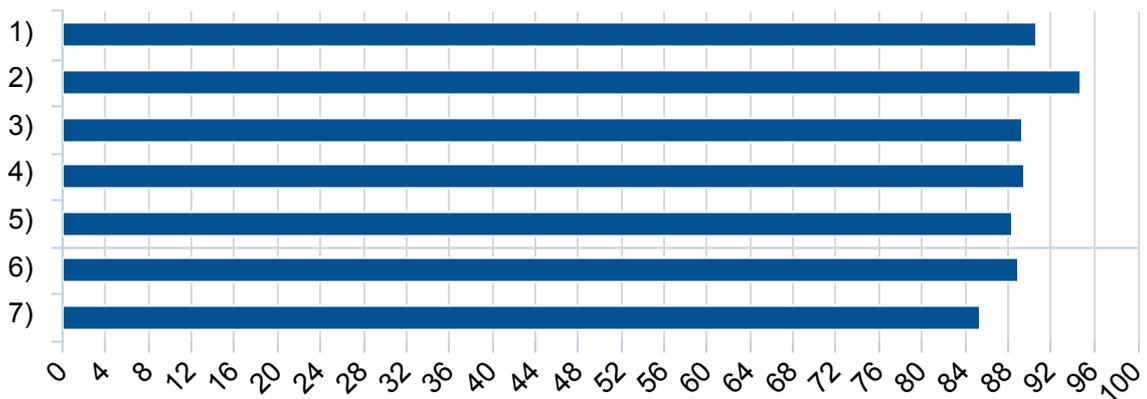
Diese Befragung haben wir im Jahr 2016 in allen Abteilungen durchgeführt.

Im Befragungszeitraum wurden alle Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserer Klinik hatten (schriftliche Befragung ca. 14 Tagen nach Austritt). Kinder wurden nicht befragt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Messthemen

- 1) Gesamter Betrieb
- 2) Ärzte
- 3) Pflege
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



0 = sehr unzufrieden / 100 = sehr zufrieden

■ Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	90.70	94.70	89.40	89.50	88.40

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	88.90	85.30	654	55.00 %

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

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Messergebnisse sind seit vielen Jahren auf hohem Niveau stabil.

#### Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument

#### Bemerkungen

Die Klinik misst die Patientenzufriedenheit permanent (mittels Zufallsstichprobe aus allen ausgetretenen Patienten = 1200 Patienten pro Jahr).

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie**

Qualitätsmanagement

Mario Grava

Leiter Qualitätsmanagement

+41 61 305 13 92

[mario.grava@merianiselin.ch](mailto:mario.grava@merianiselin.ch)

Montag bis Freitag jeweils von 07:00 bis

16:00 Uhr

Seit Mai 2012 existiert die unabhängige „Ombudsstelle Spitäler“ der Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler (VNS)

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

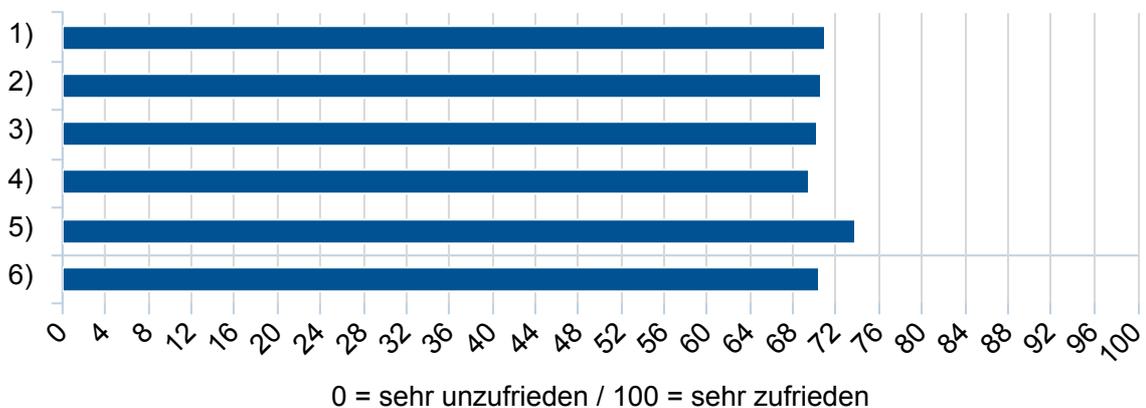
Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert der Merian Iselin Klinik wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter die Klinik als Arbeitgeberin und ihre Arbeitssituation empfunden haben. Aus den Erkenntnissen werden Verbesserungspotentiale generiert, welche dann umgesetzt werden. Die Resultate werden einem Benchmark mit Kliniken der gesamten Schweiz unterzogen. Die kommende Messung findet im Herbst 2017 statt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom April bis Mai 2015 durchgeführt.

Alle Mitarbeitenden der Klinik wurden befragt.  
Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Messthemen

- 1) Gesamter Betrieb
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Therapeuten
- 5) Hauswirtschaft
- 6) Verwaltung



■ Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	70.90	70.60	70.30	69.50	73.70

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		

Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	70.40	208	48.00 %
--	-------	-----	---------

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

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Im gesamten Branchenvergleich ist der ausgewiesene Wert für den Gesamtbetrieb als vorbildlich zu bewerten.

#### Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument

## 8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Belegärztezufriedenheit

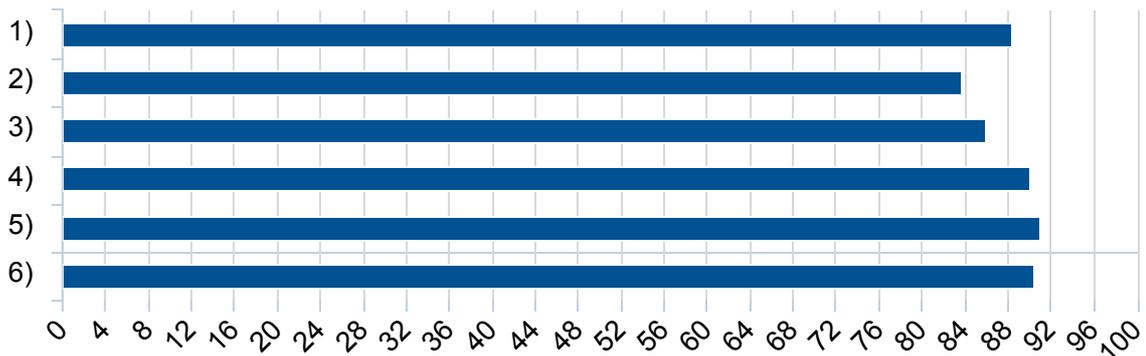
Bei der Klinikwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in der Klinik behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiser/Belegärzte-Zufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser/Belegärzte den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

Die Merian Iselin Klinik misst die Zuweiser/Belegärzte-Zufriedenheit seit 2004 alle 3 Jahre. Bisher wurden die stets sehr guten Ergebnisse bei jeder durchgeführten Messung bestätigt. Die Resultate werden einem Benchmark mit Kliniken der gesamten Schweiz unterzogen.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom April bis Mai 2016 durchgeführt. Alle Belegärzte wurden befragt. Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Messthemen

- 1) Gesamter Betrieb
- 2) Infrastruktur
- 3) Klinikleitung
- 4) Anmeldeprozess
- 5) Schnittstellen
- 6) Patientenzufr. / Image



0 = sehr unzufrieden / 100 = sehr zufrieden

■ Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	88.30	83.70	86.00	90.10	91.00

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	90.40	76	61.00 %

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

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Im gesamten Branchenvergleich ist der ausgewiesene Wert für den Gesamtbetrieb als vorbildlich zu bewerten.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Belegärztefragebogen

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse		2012	2013	2014	2015
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>					
Beobachtete Rate	Intern:	0.39%	0.55%	0.20%	-
	Extern:	0.41%	0.75%	0.65%	-
Erwartete Rate (CI* = 95%)		2.08%	2.08%	2.03%	- (- - -)
Ergebnis** (A, B oder C)		A	A	A	

\* 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.

\*\* Wertung der Ergebnisse:

- A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
- B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.
- C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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

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

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

### Bemerkungen

Die Messergebnisse aus dem Jahr 2015 standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

## 10 Operationen

### 10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

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

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

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

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse	2012	2013	2014	2015
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>				
Beobachtete Rate	0.49%	0.36%	0.34%	-
Erwartete Rate (CI* = 95%)	1.41%	1.28%	1.24%	- (---)
Ergebnis** (A, B oder C)	A	A	A	

\* 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.

\*\* Wertung der Ergebnisse:

A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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

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

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

**Bemerkungen**

Die Messergebnisse aus dem Jahr 2015 standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

#### Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:

- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
- Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

#### Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	88	1	1.30%	1.30%	0.00%	1.10% (0.00% - 3.30%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	100	2	1.80%	0.00%	0.00%	1.90% (0.00% - 4.50%)

\* 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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

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

Die sehr guten Ergebnisse der vergangenen Messungen wurden wiederum bestätigt.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

#### Messergebnisse

	2013	2014	2015	2016
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	1	2	0	0
In Prozent	1.20%	2.60%	0.00%	0.00%

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

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alle stationären Patienten <math>\geq</math> 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (<math>\leq</math> 16 Jahre).</li> <li>Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	79	Anteil in Prozent (Antwortrate)	73.10%

## 13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4	1	0	0	2	2.50%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	2	2.50%

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (<math>\leq 16</math> Jahre).</li> <li>▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	79	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	73.10%

## 17 Weitere Qualitätsmessungen

### 17.1 Weitere eigene Messungen

#### 17.1.1 Nosokomiale Infekte

Seit 1999 führt die Abteilung für Infektiologie & Spitalhygiene des Universitätsspitals Basel mit der Merian Iselin Klinik eine jährliche Prävalenzstudie nosokomialer Infekte durch. Ziel der Studie ist es, alle in der Klinik erworbenen Infektionen und deren Risikofaktoren bei hospitalisierten Patienten zur einen definierten Zeitpunkt zu erfassen.

Diese Messung haben wir vom 1. März bis 3. März 2016 durchgeführt.

#### Messergebnisse:

- Anzahl nosokomialer Infekte: 2 (zwei)

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

- *Einschlusskriterien:* Alle Patienten, welche mindestens 24 Stunden hospitalisiert waren während den 3 Erhebungstagen
- *Ausschlusskriterien:* Ambulante Patienten
- *Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten:* 79 = 100%

Die Prävalenzstudie ist eine Momentaufnahme und die Interpretation sollte in Zusammenhang mit den Vorjahren vorgenommen werden. Bereits seit 2010 ist die nosokomiale Infektionsrate in der Merian Iselin Klinik auf einem sehr tiefen und konstanten Niveau von 0 – 1%. Das diesjährige Resultat mit zwei nosokomialen Infekten stellt eine Ausnahme dar (Ausreisser) und passt nicht in das gute Bild und Entwicklung der letzten 6 Jahre.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitätsspital Basel, Abteilung für Infektiologie und Spitalhygiene
Methode / Instrument	Prävalenzstudie (CDC-Kriterien)

### 17.1.2 Stürze

Seit 1999 werden in der Merian Iselin Klinik alle sich in der Klinik ereigneten Stürze (stationäre Patienten) nach folgender Definition erfasst: Sturz = Unfreiwilliges und/oder unkontrolliertes zu Boden sinken.

Dieses interne Messinstrument gilt als Frühwarnsystem um mit gezielten Massnahmen Stürze zu vermeiden und damit die Sicherheit der Patienten zu erhöhen.

Diese Messung haben wir vom 1. Januar bis 31. Dezember 2016 durchgeführt.

Diese Messung findet stets auf allen Abteilungen statt.

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

- *Einschlusskriterien:* Alle stationären Patienten
- *Ausschlusskriterien:* Ambulante Patienten
- *Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten:* 6955 = 100%

#### Messergebnisse

- *Anzahl Stürze:* 61 = 0.87%
- *Anzahl der Behandlungsfolgen:* 16 = 0.23%
- *Anzahl ohne Behandlungsfolgen:* 45 = 0.64%

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die guten Ergebnisse der vergangenen Messungen wurden wiederum bestätigt.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzprotokoll
---	----------------

#### Bemerkungen

Jeder Sturz wird erfasst. Dies bedeutet, dass wenn ein Patient mehrere Male stürzt, jeder Sturz als 1 Sturz gilt

### 17.1.3 Komplikationen

Mit dieser Messung werden auftretende postoperative Komplikationen bei stationären Patienten erfasst.

Es werden Komplikationen erfasst, z.B Ileus, Spannungsblasen, Thrombosen, Embolien, Sepsis, Pneumonien und/oder Wundheilungsstörungen, etc.

Dieses interne Messinstrument gilt als Frühwarnsystem um mit gezielten Massnahmen das kumulative Auftreten von Komplikationen zu verhindern und damit die Sicherheit der Patienten zu erhöhen.

Diese Messung haben wir vom 1. Januar bis 31. Dezember 2016 durchgeführt.

Diese Messung haben wir auf allen Abteilungen durchgeführt

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

- *Einschlusskriterien:* Alle stationären Patienten mit operativem Eingriff
- *Ausschlusskriterien:* Ambulante Patienten und Patienten mit stationärem Aufenthalt, jedoch ohne operativen Eingriff
- *Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten:* 6926 = 100%

#### Messergebnisse

- 21 Komplikationen = 0.3%

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Internes Messinstrument im Sinne eines „Frühwarnsystems“.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Postoperative Komplikationen
---	------------------------------

#### Bemerkungen

Von unseren insgesamt 6955 untersuchten stationären Patienten hatten 29 keinen operativen Eingriff

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Händehygienecompliance

- **Projektart:** Internes Projekt
- **Projektziel:** Erfassung der Händehygiene, Erhöhung der Compliance, Erhöhung der Patientensicherheit
- **Projektlauf / Methodik:** Händehygiene Gelegenheiten um Compliance zu messen (mindestens 400 Beobachtungen jährlich)
- **Involvierte Berufsgruppen:** Hygiene, Ärzte, Pflege, Therapeuten, Hauswirtschaft
- **Projektergebnis / Konsequenzen:** Der erwartete Gesamtzielwert von 70% Compliance wurde noch nicht vollständig erreicht. Ein Paket von Massnahmen wurde lanciert um die Compliance kontinuierlich zu erhöhen.

#### 18.1.2 Zusammenführung und Optimierung Patientenaufnahme und Patienten Service

**Projektart:** Internes Projekt

- **Projektziel:** Schaffung eines Kompetenzzentrums „präoperative Abklärungen“, Erhöhung der Qualität in den Anästhesie-/Pflegeprozessen, Abbau von Redundanzen
- **Projektlauf / Methodik:** Analyse/Vorbereitung, Lösungen erarbeiten und Implementierung, Pilotierung und anschliessende Evaluation
- **Involvierte Berufsgruppen:** Patientenaufnahme, Patienten Service, Anästhesie, Pflege, Hygiene, Labor
- **Projektergebnis / Konsequenzen:** laufendes Projekt

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

#### 18.2.1 Zentralisierung Front-/Backofficearbeiten mit Patientenbelagen

- **Projektart:** Internes Projekt (Vorprojekt)
- **Projektziel:** Erstellen eines Soll-Konzepts (Prozesse, Örtlichkeit der Teams, Raumbedarf, Organisation der Teams, Stellen)
- **Projektlauf / Methodik:** Ist-Analyse, Definition Soll-Prozesse, Erstellung eines Soll-Konzepts, weiteres Vorgehen erarbeiten, anschliessende Evaluation
- **Involvierte Berufsgruppen:** Finanzen und Controlling, Pflege, Operations
- **Projektergebnis / Konsequenzen:** Die Ist-Prozesse wurden analysiert und die definierten Soll-Prozesse mit allen Beteiligten besprochen. Aufgrund der Soll-Prozesse wurde entschieden in zwei eigenständigen Projekten weiterzuarbeiten.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Zertifizierung der gesamten Klinik nach ISO 9001:2015

**Projektart:** Internes Projekt

- **Projektziel:** Erlangung des Zertifikats ISO 9001:2015
- **Projektlauf / Methodik:** Analyse/Vorbereitung, Lösungen erarbeiten und Implementierung in der gesamten Klinik, Pilotierung und anschliessende Evaluation
- **Involvierte Berufsgruppen:** alle Mitarbeitenden der gesamten Klinik
- **Projektergebnis / Konsequenzen:** laufendes Projekt

### 18.3.2 Rezertifizierung REKOLE

**Projektart:** Internes Projekt

- **Projektziel:** Aufrechterhaltung des Zertifikats REKOLE
- **Projektlauf / Methodik:** Analyse/Vorbereitung, Lösungen erarbeiten und Implementierung in der Klinik, Pilotierung und anschliessende Evaluation
- **Involvierte Berufsgruppen:** Finanzen und Controlling, Kostenstellenverantwortliche
- **Projektergebnis / Konsequenzen:** laufendes Projekt

## 19 Schlusswort und Ausblick

Qualität, insbesondere in einer stark spezialisierten Belegarztambulanz, ist ein zentrales Element der Wettbewerbsfähigkeit und der Leistungserstellung. Die Klinikverantwortlichen sind sich der Chancen aber auch der Umsetzungsschwierigkeiten durchaus bewusst, welche ein hochstehendes Qualitätsmanagement mit sich bringt. Kontinuierliche Verbesserungsschritte, implementiert im Betrieb und abgestimmt mit den verschiedenen Stakeholdern rund um den Patienten, stellen unsere Marschrichtung im Qualitätsfeld für die nächsten Jahre dar. Obwohl die Finanzierung der oft personalintensiven Messungen nur ungenügend geregelt ist, wird die Merian Iselin Klinik Schritt für Schritt sein erreichtes Qualitätsniveau weiter ausbauen und vertiefen.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>
Neurochirurgie
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>
Ophthalmologie
Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme
<b>Hormone (Endokrinologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
<b>Gefässe</b>
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Gefässchirurgie Carotis
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
<b>Urologie</b>

Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Plexuschirurgie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)

**Bemerkungen**

Die hier aufgeführten Leistungsgruppen stimmen teilweise nicht mit dem aktuellen Leistungsangebot der Merian Iselin Klinik überein. Diese Daten stammen aus der Medizinischen Statistik (BFS) 2014, welche jeweils rückwirkend durch das BFS veröffentlicht wird, somit entziehen sie sich unserer Einflussnahme.

## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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