

# HIRSLANDEN



KLINIK IM PARK

## Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

23.05.2017  
Stephan Eckhart, Direktor

Version 1



Hirslanden, Klinik Im Park

[www.hirslanden.ch/impark](http://www.hirslanden.ch/impark)



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

Frau  
Sandra Maienza  
Qualitätsmanagerin  
044/209 23 45  
[sandra.maienza@hirslanden.ch](mailto:sandra.maienza@hirslanden.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>8</b>
2.1 Organigramm .....	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	15
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren .....	15
4.5 Registerübersicht .....	16
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	17
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>18</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>19</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>19</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	19
5.2 Beschwerdemanagement .....	19
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b>	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>20</b>
7.1 Eigene Befragung .....	20
7.1.1 Mitarbeiterbindung mit Gallup (4 Jahres Programm) .....	20
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b>	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>21</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>21</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	21
<b>10 Operationen</b> .....	<b>22</b>
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen .....	22
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>23</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	23
<b>12 Stürze</b> .....	<b>25</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	25
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>26</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	26
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	
Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital 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 hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
<b>17 Weitere Qualitätsmessungen</b>	
Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	

<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>28</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	28
18.1.1	Ideenmanagement .....	28
18.1.2	Kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung nach Press Ganey .....	28
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016 .....	28
18.2.1	Organisatorische Veränderung Medizinisches System.....	28
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	29
18.3.1	Zertifizierungsprojekte .....	29
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>30</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>31</b>
Akutsomatik .....		31
<b>Anhang 2</b>		
<b>Herausgeber</b> .....		<b>34</b>

# 1 Einleitung

## Unsere Vision

### **SCHWEIZWEIT VERTRAUEN GENIESSEN UND VOR ORT ERSTE WAHL SEIN**

**Wir geniessen schweizweit Vertrauen**, weil wir messbar höchste Qualität erbringen und alle unsere Tätigkeiten konsequent auf die Bedürfnisse unserer Patienten ausrichten. Als grösster Anbieter medizinischer Leistungen vereinen wir alle relevanten Fachgebiete und die besten Ärzte unter einem Dach. Wir handeln verantwortungsvoll und nachhaltig. Damit sichern wir langfristig unser erfolgreiches Wachstum in der Schweiz und tragen dazu bei, dass Mediclinic International weltweit eine Spitzenposition im Gesundheitswesen einnimmt.

**Vor Ort sind wir die erste Wahl**, weil wir unsere Patienten exzellent betreuen, lokal in der Gesellschaft verankert sind und als attraktiver Arbeitgeber qualifizierte und loyale Mitarbeitende fordern und fördern. Wir pflegen ein enges partnerschaftliches Verhältnis zu den Ärzten und unterhalten wertvolle Beziehungen zu allen Anspruchsgruppen.

### **WIR SIND DIE PRIVATKLINIK AM LINKEN ZÜRICHSEEUFER MIT HOCHSPEZIALISierter MEDIZIN**

#### **Die Privé-Klinik am linken Seeufer**

Hirslanden Privé ist nicht einfach ein Standard, sondern eine Haltung. Unsere diskret inszenierten Dienstleistungen erfüllen die Erwartungen anspruchsvoller Gäste.

#### **Vertragsspital**

Als Vertragsspital mit spezialisierter und hochspezialisierter Medizin streben wir danach, alle Anforderungen an ein Listenspital zu erfüllen, um unsere Qualität und Leistungsfähigkeit nach aussen zu dokumentieren.

#### **Hochspezialisierte Medizin**

In den Bereichen der Herz- und Viszeralmedizin bieten wir unseren Patienten herausragende Expertise der Fachärzte, modernste Technologie und multidisziplinäre Behandlungskonzepte und erfüllen die Bedingungen für einen HSM-Leistungsauftrag.

#### **Was ist Qualitätsmanagement?**

*"Qualität ist optimale Kundenzufriedenheit, bei optimalem Ressourceneinsatz."*

Qualitätsmanagement umfasst die Gesamtheit aller Aktivitäten und Anstrengungen, die das Erbringen von qualitativ guten Dienstleistungen am Patienten fördern. Qualität hat eine Struktur-, eine Prozess- und eine Ergebnisdimension.

#### **Das bedeutet zusammenfassend**

Gute strukturelle Voraussetzungen (Personal, Einrichtungen, Material und Organisation) führen mit Hilfe definierter, beherrschter Arbeitsabläufen/Prozessen zu guten Ergebnissen, die gemessen werden können und müssen.

#### **Letztlich zählen nur die guten Ergebnisse**

Sei es die Zufriedenheit der Patienten, das medizinische Ergebnis oder die positiven finanziellen Resultate. Diese Ergebnisse entstehen jedoch nicht zufällig, sondern aufgrund der Qualität von Strukturen und Prozessen und des Engagements motivierter, kundenorientierter Mitarbeitenden.

## **Patientensicherheit**

### **Klinisches Risikomanagement**

Im Spital ist das klinische Risikomanagement ein wesentlicher Bestandteil des Gesamt-Risikomanagements und dieses wiederum vom Qualitätsmanagement.

### **Ziel**

Das wichtigste Ziel des klinischen Risikomanagements ist die Gewährleistung der Patientensicherheit durch Schadensverhütung bzw. aktive Vermeidung von Schadensquellen.

### **Hauptaufgaben**

Bestehende Gefahrenpotentiale erkennen, bewerten, bewältigen oder beseitigen und anschliessend kontinuierlich überwachen, das sind die Hauptaufgaben des klinischen Risikomanagements.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:  
Unternehmensentwicklung

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

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Stefanie Egger  
Bereichsleiterin Unternehmensentwicklung  
Hirslanden, Klinik Im Park  
044/209 25 58  
[stefanie.egger@hirslanden.ch](mailto:stefanie.egger@hirslanden.ch)

Frau Sandra Maienza  
Qualitätsmanagerin  
Hirslanden, Klinik Im Park  
044/209 23 45  
[sandra.maienza@hirslanden.ch](mailto:sandra.maienza@hirslanden.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### Qualitätspolitik von Hirslanden

- Patienten, Ärzte, Mitarbeiter und Partner wählen Hirslanden, weil sie vom umfassenden Qualitätsmanagement der Gruppe profitieren wollen
- Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung des strategischen Ziels „Hirslanden positioniert sich als führender Leistungsanbieter im Zusatzversicherungssegment und differenziert sich im Markt über Qualitätsführerschaft“ ausgerichtet
- Hirslanden stellt den Patientennutzen durch eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Leistungserbringung sicher
- Hirslanden setzt ein umfassendes Risikomanagement um, dabei bildet die Patientensicherheit ein wesentliches Kernelement
- Hirslanden verpflichtet sich der kontinuierlichen Verbesserung (KVP), unterstützt durch Transparenz und Benchmarking und stellt sich den nach dem KVG vorgegebenen Qualitätsvergleichen
- Durch die konsequente Nutzung der Synergien und der Etablierung des Wissensmanagements setzt Hirslanden Standards im Qualitätsmanagement in der Schweizer Spitallandschaft
- Die Umsetzung der gesetzlich geforderten Bestimmungen in der Arbeitssicherheit und im Gesundheitsschutz geniesst einen hohen Stellenwert
- Die Umsetzung der Qualitätspolitik wird durch den bestehenden Hirslanden Qualitätsentwicklungsplan unterstützt
- Hirslanden verpflichtet sich zur fortlaufenden Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems und erfüllt alle zutreffenden Anforderungen

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

##### **Durchführung ISO Rezertifizierung**

Durchführung ISO Aufrechterhaltungsaudit 9001:2008 im Juni 2016 mit Prüfung und Umsetzung der Empfehlungen aus dem Rezertifizierungsaudit.

##### **EFQM Assessment**

Die Stufe im EFQM zu Recognised for Excellence wurde im Februar 2016 erreicht.

##### **Kontinuierliche Aktualisierung des Integralen Managementsystems (IMS)**

Schulung aller Prozessverantwortlichen Personen, damit diese die kontinuierliche Aktualisierung ihrer Dokumente auf dem IMS umsetzen können. Zudem wurden übergeordnete Standards für die gesamte Klinik definiert, mit dem Ziel die Patientensicherheit zu erhöhen und die Zusammenarbeit an den Nahtstellen weiter zu optimieren.

##### **Sensibilisierung der Mitarbeiter und Implementierung Meldeprozess Materiovigilance**

Patientensicherheit hat an der Klinik ImPark einen hohen Stellenwert. Dazu gehört der Korrekte Umgang und Verhalten der Mitarbeiter bei Problemen mit Medizinprodukten. Alle Mitarbeiter aus dem medizinischen Bereichen der Klinik Im Park wurden 2016 zum Meldeprozess Materiovigilance geschult, mit dem Ziel Vorkommnisse im Zusammenhang mit Medizinprodukten systematisch zu erfassen und die Patientensicherheit dadurch weiter zu erhöhen.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

### **Optimierung Prozessmanagement**

Etablierung prozessorientiertes Denken der Mitarbeitenden, weg von Abteilungsdenken, damit die Wertschöpfungskette bestmöglichst für den Patienten und die Mitarbeitenden optimiert werden kann. Zwei Tägiger Workshop zum Thema prozessorientiertes Denken wurde im Management Team durchgeführt.

### **Sensibilisierung Patientensicherheit**

Die Klinik Im Park hat sich aktiv am internationalen Patientensicherheitsg beteiligt, um auf das Thema Patientensicherheit im Spital weiter zu sensibilisieren. Thema Medikamentensicherheit

### **Etablierung Meldeprozesse Vigilancen**

Alle Mitarbeiteri aus medizinischen Bereichen wurden zum korrektenVorgehen bei Vorkomnissen mit Medizinprodukten geschult. Das Erfassen der Meldungen konnte in das bestehende Tool integriert werden und ermöglicht den Mitarbeitern ein unkompliziertes erfassen der Meldungen.

## 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

### **Etablierung Konzept Patientensicherheit in der gesamten Klinik**

Umsetzung des Konzeptes und kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung der einzelnen Themen aus dem Konzept.

### **Optimierung Prozessmanagement**

Etablierung prozessorientiertes Denken der Mitarbeitenden, weg von Abteilungsdenken, damit die Wertschöpfungskette bestmöglichst für den Patienten und die Mitarbeitenden optimiert werden kann. Schulung sämtlicher Prozessverantwortlichen im Bereich Prozessmanagement. Einführung BPMN 2.0.

### **Umsetzung neue Norm ISO DIN 9001:2015**

Die bis jetzt geltende ISO Norm 9001:2008 wird durch die überarbeitete Norm bis ins Jahr 2018 ersetzt.

## 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>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ potentiell vermeidbare Rehospitalisationen
▪ potentiell vermeidbare Reoperationen
▪ Erhebung postoperative Wundinfektionen
▪ Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus
▪ Nationale Patientenbefragung

### 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:**

*Mitarbeiterzufriedenheit*

- Mitarbeiterbindung mit Gallup (4 Jahres Programm)

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Ideenmanagement

<b>Ziel</b>	1. • Der Prozess Ideenmanagement ist optimiert. 2. • Bestehende Prozesse und Strukturen werden durch Mitarbeitende kontinuierlich optimiert
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Pilotabteilungen Intensivstation und Notfallstation
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	15.07.2016-31.10.2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Durch diese Ausrichtung und Einbindung aller Mitarbeitenden, unabhängig ihrer Hierarchieebene innerhalb des Unternehmens, erhalten die Mitarbeitenden die Möglichkeit, aktiv an den Veränderungen Bottom up mitzuwirken. Durch diese gezielte Einbindung der Mitarbeitenden und Veränderungsinputs Bottom up wird erreicht, dass die Qualität an jedem einzelnen Arbeitsplatz sichergestellt wird.
<b>Methodik</b>	KAIZEN Board
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Mitarbeiter der Pilotabteilungen

##### Vorstudie - Wissensmanagement

<b>Ziel</b>	Wir erarbeiten ein Konzept (Vorschlag), in welchem diverse Möglichkeiten vorgestellt werden, wie vorhandenes Wissen bewahrt und dieses für alle Mitarbeiter zur Verfügung gestellt werden kann. Zusätzlich werden Varianten aufgezeigt, wie der Wissenstransfer
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	25.08.2016-31.12.2016
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Damit die grosse Investition in Fort- und Weiterbildungen auch nutzbringend für die Klinik ist, muss das Wissen systematisch transferiert werden. Wir erhöhen damit die Qualität unserer täglichen Arbeit und somit auch die Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit.

### Vorstudie - Prozessoptimierung und Sachkostenmanagement

<b>Ziel</b>	Wir suchen nach Lösungen, um die Prozesse OP/Anästhesie zu optimieren und die Sachkosten zu reduzieren.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	OP/ Anästhesie
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	28.05.2016-31.12.2016
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Sparpotenziale und Prozessverbesserungsmöglichkeiten sollen aufgezeigt werden.

### Kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung

<b>Ziel</b>	Die umfangreichen Ergebnisse und die vertiefte Analysemöglichkeit dieser neuen Patientenzufriedenheits-Erhebungsart erlauben uns, detaillierte Verbesserungs-Massnahmen zu ergreifen.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik (stationäre Patienten)
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	fortlaufend seit Januar 2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Sie ergänzt die Nationale Patientenbefragung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), an der wir mit allen Kliniken seit 2011 teilnehmen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Qualitätsmanagement, alle Führungskräfte der Klinik

### Schulung Meldeprozesse

<b>Ziel</b>	Erhöhung Sensibilität der Mitarbeiter und Steigerung der Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	fortlaufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Kontinuierliche Verbesserung unerwünschter Ereignisse, welche durch die Mitarbeiter der Klinik gemeldet werden
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Mitarbeiter

#### 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 2006 eingeführt.

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

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

#### 4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2012 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse [https://www.hirslanden.ch/global/de/startseite/ueber\\_uns/qualitaet/ergebnismessungen/initiative\\_qualitaetsmedizin.html](https://www.hirslanden.ch/global/de/startseite/ueber_uns/qualitaet/ergebnismessungen/initiative_qualitaetsmedizin.html) abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2014 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

## 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>AMIS Plus</b> Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	2007
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2014
<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>	2008
<b>Dialyseregister</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	2013
<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
<b>SGHC</b> Register der Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie	Herz- und thorak. Gefässchirurgie	hcri AG <a href="http://www.sghc-sscc.ch/">www.sghc-sscc.ch/</a> <a href="http://www.hcri.ch/dienstleistungen/herzchirurgie">www.hcri.ch/dienstleistungen/herzchirurgie</a>	2016

## 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
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Gesamte Klinik	2006	2014	
EFQM	Ganze Klinik Im Park, Business für Exc.	2006	2016	Stufe Recognized for Excellence 3 Star 2016 geplant.
ISO DIN 9001:2008	Gesamte Klinik	2009	2015	jährliche Aufrechterhaltungs-Audits
Anerkannte Intensivstationen der SGI	Intensivstation	2011	2011	

# **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 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

##### Hirslanden, Klinik Im Park

Guest Relations

Claudia Weil

Guest Relations

044/2092141

[GuestRelations.Impark@hirslanden.ch](mailto:GuestRelations.Impark@hirslanden.ch)

## 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 Mitarbeiterbindung mit Gallup (4 Jahres Programm)

Vom 14. November bis 2. Dezember 2016 fand zum zweiten Mal die gruppenweite Your Voice-Mitarbeiterbefragung in Zusammenarbeit mit der Firma Gallup statt. Die Befragung ist Teil eines „Employee Engagement“-Programms, das Mediclinic Switzerland, Middle East und Southern Africa während vier Jahren einmal pro Jahr gleichzeitig durchführen. Gallup ist eine der international führenden Firmen im Bereich des Employee Engagements. Die sog. „Q12“, d.h. die von Gallup vorgegebenen 12 Fragen, anhand derer die Mitarbeitenden u.a. befragt werden, sind empirisch überprüft, werden weltweit eingesetzt und können mit verschiedenen anderen Daten (z.B. der Patientensicherheit) in Beziehung gesetzt werden. Ziel des Programms ist es, sowohl die Arbeitszufriedenheit, als auch die Bindung der Mitarbeitenden zu Hirslanden zu stärken. Methode Die Befragung erfolgte vertraulich (Papierfragebogen bzw. Online bei persönlichem E-Mail-Account) und ist gegenüber Hirslanden anonym. Hirslanden erhält nur aggregierte Resultate auf Ebene Organisationseinheit, sofern die Beteiligung der Einheit bei mindestens 4 Personen liegt. Die Befragung umfasste insgesamt 26 Fragen, welche auf einer 5-stufigen Skala entsprechend dem Grad der Zustimmung eingeschätzt wurden. Die Gesamte Mitarbeiterbefragung wurde mittels eines Kommunikationskonzepts auf Gruppen- und Klinik-Ebene begleitet.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 14.11.2016 bis 02.12.2016 durchgeführt.  
gesamte Klinik

#### Diskussion der Resultate

2015 haben in der Klinik Im Park 469 Mitarbeitende den Fragebogen ausgefüllt, was einer Rücklaufquote von 75.8% entspricht (Rücklaufquote 2016 = 75%). Der Gesamtwert der Mitarbeiterbindung lag 2015 bei 3.76 (5er-Skala). 28% unserer Mitarbeitenden haben eine hohe emotionale Bindung zur Klinik (Ende 2016 konnten wir diesen Wert bereits auf 37% steigern). Mit diesem Wert liegen wir bedeutend über dem Wert des Schweizer Arbeitsmarkts von 16%.

Die Ergebnisse der zweiten Umfrage (2016) zeigen eine positive Entwicklung auf. Der durchschnittliche Wert für die Mitarbeiterbindung (Engagement Score) hat sich dieses Jahr erfreulicherweise erhöht: es konnte insgesamt ein leichter Anstieg von 3.76 auf 3.88 verzeichnet werden

#### Massnahmen

Alle Führungskräfte der Klinik Im Park haben ihre Ergebnisse mit ihren Teams diskutiert und gemeinsam geeignete Massnahmen festgelegt und umgesetzt. Innerhalb der Klinik wurden insgesamt 43 Massnahmen definiert und umgesetzt.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Firma Gallup
Methode / Instrument	Firma Gallup

## 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

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).

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

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

## 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

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).

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

#### Begründung

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

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen 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:
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Herzkranzgefässbypass
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
<b>Hirslanden, Klinik Im Park</b>						
*** Dickdarmoperationen (Colon)	35	1	1.80%	11.76%	9.80%	2.90% (0.10% - 14.09%)

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>Hirslanden, Klinik Im Park</b>						
Herzkranzgefäßbypass	45	1	0.00%	0.00%	2.00%	2.20% (0.10% - 11.80%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	95	1	0.00%	0.00%	1.20%	1.10% (0.00% - 5.70%)

\* 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.ang.ch](http://www.ang.ch).

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

Bei den postoperativen Wundinfektionen sind keine Auffälligkeiten zu beobachten. Neue Infektionen sind bei den 3 beobachteten Operationen nicht aufgetreten. Hier kann weiterhin ein sehr guter Standard des postoperativen Verlaufs bei den ausgewählten Indikatoroperationen attestiert werden.

**Angaben zur Messung**

Auswertungsinstitut	Swissnoso
---------------------	-----------

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](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>Hirslanden, Klinik Im Park</b>				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	5	2	3	4
In Prozent	7.50%	3.00%	5.30%	6.00%

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 18</math> 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 16</math> Jahre).</li> <li>Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>Hirslanden, Klinik Im Park</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	68	Anteil in Prozent (Antwortrate)	-

## 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>Hirslanden, Klinik Im Park</b>						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4	3	5	0	5	7.40%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	2	3	0	4	5.90%

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>Hirslanden, Klinik Im Park</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	68	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	-

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Ideenmanagement

**Was tun Wir:**

Wir fördern und optimieren das Ideenmanagement durch das Einbinden aller Mitarbeitenden in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Konkret bedeutet das, dass alle Mitarbeitenden dazu angehalten werden, bestehende Prozesse und Strukturen kritisch zu beleuchten und hinterfragen und durch ihre Verbesserungsmaßnahmen zu optimieren.

**Warum tun wir es:**

Durch diese Ausrichtung und Einbindung aller Mitarbeitenden, unabhängig ihrer Hierarchieebene innerhalb des Unternehmens, erhalten die Mitarbeitenden die Möglichkeit, aktiv an den Veränderungen Bottom up mitzuwirken. Durch diese gezielte Einbindung der Mitarbeitenden und Veränderungsinputs Bottom up wird erreicht, dass die Qualität an jedem einzelnen Arbeitsplatz sichergestellt wird.

#### 18.1.2 Kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung nach Press Ganey

**Was tun wir:**

Die Patientenzufriedenheit ist ein zentraler Qualitätsindikator, den die Privatklinikgruppe Hirslanden seit vielen Jahren erhebt. In Zukunft werden wir die entsprechende Messung in Zusammenarbeit mit dem darauf spezialisierten Unternehmen **Press Ganey** durchführen. Sie ergänzt die Nationale Patientenbefragung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), an der wir mit allen Kliniken seit 2011 teilnehmen.

**Warum tun wir es:**

Der Messung der Patientenzufriedenheit liegt seit jeher das Ziel zugrunde, Ansatzpunkte zu ihrer kontinuierlichen Erhöhung zu identifizieren. Mit Press Ganey wird uns das aus mehreren Gründen noch besser gelingen:

- Die Messung erfolgt nicht mehr punktuell (1- bis 2-mal pro Jahr), sondern fortlaufend, indem jeder Patient den Fragebogen erhält. Dadurch erhalten wir viel aussagekräftigere Resultate.
- Die einheitliche und standardisierte Messung erlaubt ein internationales Benchmarking über alle Mediclinic-Plattformen hinweg und darüber hinaus.
- Die Messergebnisse werden noch systematischer als bisher analysiert, um daraus Ziele und Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.
- Das Lernen von den Besten (best practice) wird zwischen den drei Mediclinic-Plattformen erleichtert und gefördert, unter anderem durch den Zugang zu einer "library of best practice advice".

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

#### 18.2.1 Organisatorische Veränderung Medizinisches System

Im Bereich Medizinisches System wurde im Oktober 2016 der Bereich Medizintechnik mit den Abteilungen der spezialisierten Pflege aufgegliedert. Um den Herausforderungen im internen, gruppenweiten Transformationsprojekt 2020 gerecht zu werden, wurden die Abteilungen Operations-Saal, inklusive Zentralsterilisation sowie die Anästhesiepflege unter eine Bereichsleitung gestellt. Damit haben wir sichergestellt, dass die vorbereiteten Massnahmen zu den Prozessanpassungen zeitgerecht und mit Nachdruck initialisiert und umgesetzt werden konnten.

## **18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte**

### 18.3.1 Zertifizierungsprojekte

Im Berichtsjahr 2016 haben keine Zertifizierungsprojekte stattgefunden.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Das Qualitätsmanagement wird sich im Jahr 2017/2018 auf folgende Schwerpunkte konzentrieren, um die kontinuierliche Verbesserung voranzutreiben und die Patienten- und Mitarbeitersicherheit und Zufriedenheit zu fördern.

- Inbetriebnahme 24h Notfall
- Inbetriebnahme Operationszentrum Bellaria
- Einführung einer Abteilung für Innere Medizin
- Einführung elektronische Dokumentation
- Förderung prozessorientiertes Denken. Einführung BPMN 2.0
- Weitere Umsetzung Patientensicherheitskonzept

Ergänzende Informationen zu den Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind im HIRSLANDEN Qualitätsbericht über den Link [www.hirslanden.ch/global/de/startseite/ueber\\_uns/qualitaet.html](http://www.hirslanden.ch/global/de/startseite/ueber_uns/qualitaet.html) ersichtlich.

## 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)
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>
Neurochirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>
Ophthalmologie
Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme
Glaukom
Katarakt
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe
Grosse Lebereingriffe
Tiefe Rektumeingriffe
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
<b>Gefässe</b>
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)

Interventionen periphere Gefäße (arteriell)
Gefäßchirurgie intraabdominale Gefäße
Interventionen intraabdominale Gefäße
Gefäßchirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefäße
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Einfache Herzchirurgie
Herzchirurgie und Gefäßeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Koronarchirurgie (CABG)
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Plexuschirurgie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre 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 $\geq$ 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. SSW und $\geq$ 1250g)
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und $\geq$ 2000g)
Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq$ 1250g)
<b>Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)</b>
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/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**).