BELAIR
Privatklinik

Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	28.05.2024	Version 1
Durch:	Corina Müller-Rohr, Direktorin Privatklinik Belair	

Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA

Akutsomatik

www.belair.ch

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 2023.

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

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

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

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2023

Frau
Christine Reutlinger
Qualitätsverantwortliche Region ZH/SG/SH
079 457 01 73
creutlinger@swissmedical.net

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. Die H+ Qualitätsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten; die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf spitalinfo.ch dargestellt werden können.

Die Herausforderungen für die Spitäler und Kliniken haben erneut zugenommen: Personalmangel, Teuerung und nicht-kostendeckende Tarife verschärfen die Situation weiter.
Viele Spitäler und Kliniken müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

In einigen Spitälern und Kliniken laufen bereits erste, interne Vorbereitungen an, für die Umsetzung des Qualitätsvertrags nach Art. 58a. Dieser wird voraussichtlich 2024 in Kraft treten. Wir freuen uns, dass die Spitäler und Kliniken die ersten Leistungserbringer sind, welche diese gesetzliche Vorgabe erfüllen und einen Qualitätsvertrag ausarbeiten konnten.

Der Qualitätsbericht 2023 ist optimiert aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Zudem werden im aktuellen Qualitätsbericht erstmals die Ergebnisse der Rehospitalisationen mit der neuen Methode ausgewiesen. Diese Ergebnisse wurden basierend auf den BFS-Daten 2021 ausgewertet, mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken weiterhin die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Das Ausfüllen und die Ausgabe wurden zusätzlich optimiert.

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

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

Freundliche Grüsse

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum **2**
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen **3**
1 Einleitung **6**
2 Organisation des Qualitätsmanagements **7**
2.1 Organigramm 7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 8
3 Qualitätsstrategie **9**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023 10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023 10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten **12**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen 12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen
Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen 13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte 14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 20
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren
4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs) 21
4.5 Registerübersicht 22
4.6 Zertifizierungsübersicht 22
QUALITÄTSMESSUNGEN **23**
Zufriedenheitsbefragungen **24**
5 Patientenzufriedenheit **24**
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik 24
5.2 Eigene Befragung 26
5.2.1 Patientenbefragung stationär: Ihre Meinung ist uns wichtig! 26
5.2.2 Patientenbefragung ambulant: Ihre Meinung ist uns wichtig! 27
5.3 Beschwerdemanagement 27
6 Angehörigenzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
7 Mitarbeitendenzufriedenheit **28**
7.1 Eigene Befragung 28
7.1.1 Mitarbeiterbefragung im Rahmen der Jahresgespräche 28
8 Zuweiserzufriedenheit **29**
8.1 Eigene Befragung 29
8.1.1 Zufriedenheitsumfrage Belegärzte 29
Behandlungsqualität **30**
Messungen in der Akutsomatik **30**
9 Wiedereintritte **30**
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen 30
10 Operationen **32**
10.1 Hüft- und Knieprothetik 32
11 Infektionen **34**
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte 34
12 Stürze **36**
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz 36
12.2 Eigene Messung 37
12.2.1 Stürze in der Klinik 37
13 Dekubitus **38**
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus 38

13.2 Eigene Messungen 39
13.2.1 Wundliegen in der Klinik 39
Messungen in der Psychiatrie 0
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
15 Symptombelastung psychischer Störungen
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.
Messungen in der Rehabilitation 0
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.
Weitere Qualitätsaktivitäten 0
17 Weitere Qualitätsmessungen
Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.
18 Projekte im Detail 40
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 40
18.1.1 Ausbau der Klinik 40
18.1.2 Weiterentwicklung IMS Premium (Prozess- & Dokumentenlenkungssystem) 40
18.1.3 Einführung PROMs - Patient Reported Outcome Measures 40
18.1.4 Implementierung Link Nurse 40
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023 41
18.2.1 ISO 9001:2015 Überwachungsaudit 41
18.2.2 We-Learning 41
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 41
18.3.1 ISO 9001:2015 Re-Zertifizierung 41
18.3.2 REKOLE® Re-Zertifizierung 41
19 Schlusswort und Ausblick 42
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 43
Akutsomatik 43
Herausgeber 44

1 Einleitung

Die Privatklinik Belair befindet sich an wunderschöner Lage hoch über der Altstadt von Schaffhausen und gehört zu den führenden privaten Kliniken der Region.

Mit 59 akkreditierten Ärztinnen und Ärzten sowie 88 Mitarbeitenden bietet sie ihren Patientinnen und Patienten erstklassige medizinische Betreuung in persönlicher Atmosphäre und angenehmer Umgebung. Zu den wichtigsten medizinischen Fachgebieten gehören die Orthopädie, Wirbelsäulenchirurgie, Urologie, Gynäkologie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Ophthalmologie, Nephrologie, Kardiologie, Rheumatologie und Hämatologie.

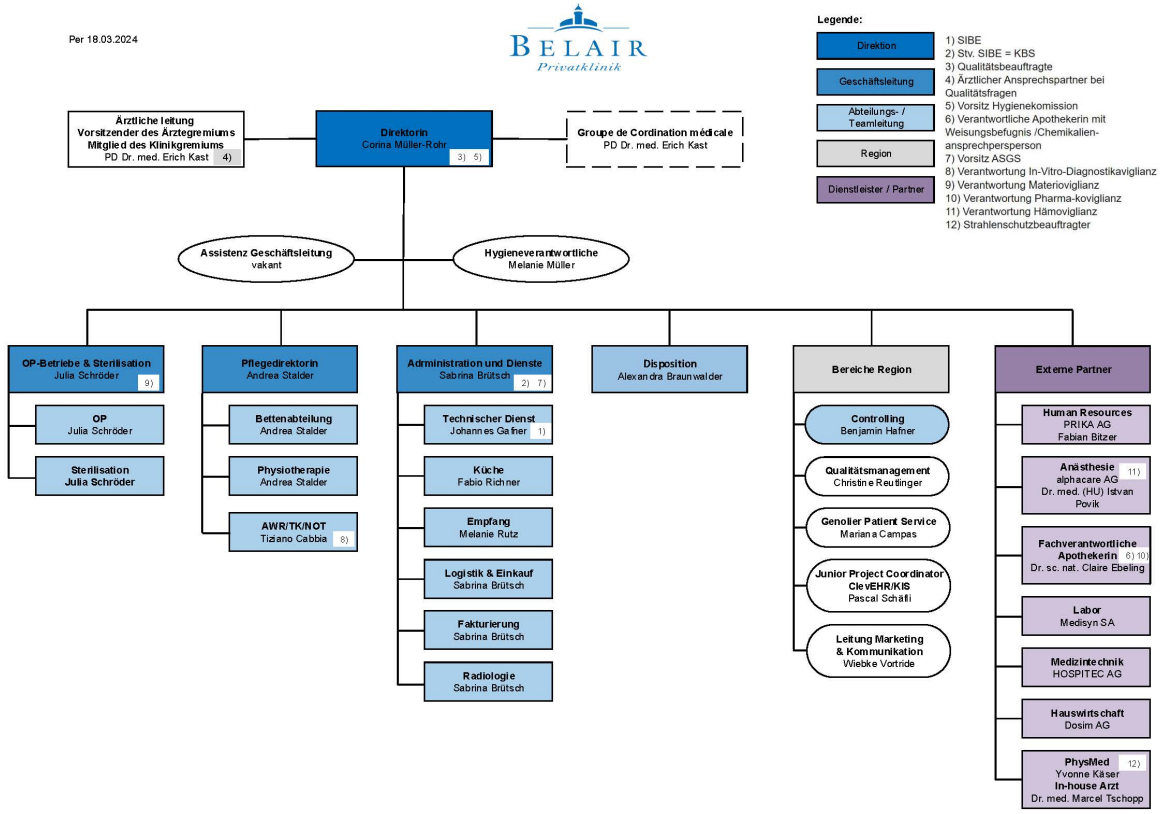
Die Klinik steht auf der Spitalliste des Kantons Schaffhausen. Sowohl ambulant als auch stationär können Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen betreut werden.

Die 1971 gegründete Klinik ist seit 2019 Teil des Swiss Medical Network, dem schweizweit 21 Kliniken und Spitäler sowie 60 ambulante Zentren in 15 Kantonen und allen Sprachregionen des Landes angehören.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Thema Qualität ist ein Fixtraktandum in der Geschäftsleitung und so auf der obersten operativen Führungsebene angesiedelt.

Unser Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:
Der Bereich zur Qualitätsentwicklung bei Swiss Medical Network ist unterteilt nach Regionen. In allen Regionen wurde mindestens eine regionale Stabsstelle geschaffen, welche die Weiterentwicklung hinsichtlich Qualität in den zugehörigen Kliniken übergreifend koordiniert. In jeder Klinik steht wiederum eine Ansprechperson für Themen rund um die Qualität zur Verfügung. Die schweizweite Koordination innerhalb der Gruppe ist ebenfalls gewährleistet.

<u>Dabei stehen folgende Aufgaben im Vordergrund</u>:

- Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems
- Koordination von qualitätsrelevanten Themen
- Support für und in den zugehörigen Kliniken
- Unterstützung bei der Umsetzung nationaler wie auch kantonaler Anforderungen
- Einsitz und Mitarbeit in diversen Gremien
- Key-User-Schulungen zu Qulitäts-Themen
- Support für das implementierte QMS-Tool IMS Premium
- Ansprechperson für diverse Qualitäts-Institutionen

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **40** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Corina Müller-Rohr
Direktorin
0791511232
cmueller-rohr@swissmedical.net

Frau Christine Reutlinger
Qualitätsverantwortliche Region ZH/SH/SG
0794570173
creutlinger@swissmedical.net

3 Qualitätsstrategie

Ein nachhaltiges Qualitätsmanagement ist für die Privatklinik Belair ein tragendes Element. Die oberste Leitung der Klinik nimmt ihre Führungsverpflichtung wahr, indem sie sicherstellt, dass die Grundsätze des Qualitätsmanagements verstanden, gefördert und im operativen Alltag angewendet werden.

Unter Qualität verstehen wir das Gleichgewicht zwischen konstant besten Leistungen, Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Effektivität. Wir streben nach Excellence in allem was wir tun. Als Mitglied von verschiedenen Institutionen und Verbänden (z.B. ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, H+ Die Spitäler der Schweiz) verpflichten wir uns, die entsprechenden Standards und Anforderungen jederzeit zu erfüllen. Durch eine systematische Lenkung unserer Aktivitäten schaffen wir auf allen Ebenen ein permanentes Bewusstsein für die Qualität und verbessern unsere Leistungen laufend.

Wir planen, pflegen, überprüfen und verbessern unser Qualitätsmanagement nach den Grundprinzipien der ISO 9001:2015 und dem Regelkreis des Deming-Modells (PDCA-Zyklus). Unsere Entwicklung bewerten wir anhand der Ergebnisse aus Audits, Kundenbefragungen, Messungen und wiederkehrenden Überprüfungen durch externe Zertifizierungsstellen, z.B. im Rahmen der ISO 9001:2015. Die Wirksamkeit der daraus resultierenden Massnahmen wird regelmässig überprüft.

Wir richten unser Qualitätsmanagement nach folgenden Grundorientierungen aus:

- Kundenorientierung
- Ressourcenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Prozessorientierung
- Ergebnisorientierung
- Innovation
- Kontinuierliche Verbesserung

Qualitätsziele

Um unseren Ansprüchen hinsichtlich einer gleichbleibend hohen Qualität gerecht zu werden, fokussieren wir uns auf nachfolgende Ziele, welche auch auf die Vier-Jahresziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung ausgerichtet werden:

- Ein übergeordnetes Qualitätsmanagement-Konzept ist erstellt und wird umgesetzt
- Ein klinikübergreifendes, digitales QM-System ist implementiert und wird gelebt
- Die gesamte Institution erfüllt die Anforderungen der ISO Norm 9001:2015
- Unsere Prozesse werden systematisch und regelmässig auditiert
- Die kontinuierliche Verbesserung ist Bestandteil unseres täglichen Handelns
- Das Fehlerrisiko wird auf ein Minimum reduziert und dadurch die Patientensicherheit erhöht
- Mithilfe strukturierter Zufriedenheitsanalysen steht der Kunde im Zentrum unseres Handelns
- Wir verfolgen eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung - z.B. mithilfe von PROMs
- Strukturelle Mindestanforderungen werden mithilfe erprobter Praxisstandards umgesetzt
- Nationale Qualitätsindikatoren werden analysiert und nachhaltig optimiert

Die Qualitätsziele sind verbindlich und werden den Mitarbeitenden kommuniziert. Dabei geht die Führung stets mit gutem Beispiel voran.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023

Einführung PROMs stationär
Nach ersten Abklärungen konnten die Vorbereitungen zur Einführung der Outcome-Messung nach stationären Hüft- und Knie-Eingriffen getroffen werden. Es fand eine Evaluierung entsprechender Applikationen statt und anerkannte Fragebogenstandards zur Messung der Indikations- und Ergebnisqualität wurden ausgewählt und im elektronischen Messtool hinterlegt. Im Herbst 2023 konnte mit der strukturierten Patientenerfassung und Befragung gestartet werden. Erste Ergebnisse dazu werden ab 2024 zur Verfügung stehen.

Etablierung von E-Learnings
Hinsichtlich einer transparenten Wissensvermittlung wird künftig vermehrt auf E-Learnings für die Mitarbeitenden gesetzt. Dazu wurden Arbeitsgruppen gebildet, um verschiedene Schulungsthemen in elektronischer Form zu erarbeiten (z.B. Händehygiene, Materiovigilance, Hämovigilance). Hierbei waren sowohl gesetzliche Anforderungen wie auch klinikeigene Vorgaben zu berücksichtigen. Die Teilnahme der für eine Schulung nominierten Mitarbeitenden und das Verständnis des vermittelten Inhalts wurden mithilfe eingebauter Testfragen überprüft. Nach erfolgreicher Implementierung der E-Learnings für Mitarbeitende wird eine Ausweitung auf die Belegärzteschaft geprüft.

Überwachungsaudit nach ISO 9001:2015
Nach erfolgreicher Erstzertifizierung nach den internationalen Standards der ISO 9001:2015 im Jahr 2021 bereiteten wir uns in 2023 auf das 2. Überwachungsaudit vor. Die Zertifizierung bildet die Basis für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess unseres Qualitätsmanagementsystems. Dadurch wird die Transparenz betrieblicher Abläufe erhöht und die Dienstleistungsqualität weiter gesteigert. Die nächste Re-Zertifizierung ist im Spätsommer 2024 geplant.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

- Erfolgreich bestandenes Überwachungsaudit nach ISO 9001:2015 (Swiss Safety Center)
- Belegarztumfrage und Massnahmenplanung
- Erstellung und Umsetzung E-Learnings für Materiovigilance- und Händehygiene-Schulungen
- Teilnahme an der Aktionswoche Patientensicherheit Schweiz zum Thema "Mehr Sicherheit. Für Patienten. Mit Patienten."
- Lancierung verschiedener Aktionen zum Thema Patientensicherheit - z.B.:
  - Speak-up-Initiative zur Prävention und Fehlervermeidung im Spitalalltag
  - Sensibilisierung der Mitarbeitenden anhand simulierter Situationen im Trainingsraum "Room of Horrors"
  - Monitoring der Compliance im Umgang mit der Checkliste "Sichere Chirurgie"
  - Stärkung Fehlerkultur und Anstoss des internen Lernprozesses durch proaktive Kommunikation von CIRS-Fällen und daraus resultierenden Massnahmen
- Teilnahme an den nationalen ANQ-Messungen
- Aufstockung und Schulung des internen Auditoren-Teams
- Durchführung von internen Audits (inkl. Hygiene-Audits) zur kontinuierlichen Verbesserung der Abläufe und Optimierung von Schnittstellen
- Verstärkte Nutzung von Synergien mit Partnerkliniken in der Region sowie Aufbau von standortübergreifenden und regionalen Zuständigkeiten
- Regionale Harmonisierung der Strategie- und Führungsdokumente (Swot, BSC, Risikomanagement, Managementbewertung, Bewertung externer Partner, KVP, etc.)
- Erarbeitung einer gruppenweiten Qualitätspolitik
- Gemeinsame Definition und Kommunikation von neuen Werten als Teil des Klinikleitbilds

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Integriertes Managementsystem
Ein umfassendes Managementsystem (IMS Premium) wurde in den letzten Jahren aufgebaut und implementiert. Dieses wird nun auf eine webbasierte Lösung umgestellt, um den Zugang zu vereinfachen und dem Anwender eine leistungsstärkere Performance zu bieten. Ebenso ist eine gruppenweite Vereinheitlichung und Erweiterung der Prozesslandkarte geplant. Insbesondere entlang des Patientenpfads (Kernprozesse) wird damit die Prozessorientierung weiter vertieft. Mit Hilfe eines überregionalen Austauschs soll das Wissensmanagement gefördert und vorhandenes Know-how langfristig gesichert werden. In den kommenden Jahren wird an einer gemeinsamen Weiterentwicklung und Vertiefung des Managementsystems gearbeitet - z.B. unter Einbezug der Digitalisierung des Risiko- und Kennzahlenmanagements.

Digitalisierung / elektronisches Patientenkardex
Die digitale Transformation verbessert nicht nur die Effizienz in den Prozessabläufen, sondern sie ermöglicht auch eine Veränderung von Strukturen sowie eine nachhaltige Entwicklung der Organisation. Aus diesem Grund ist in den kommenden Jahren die Implementierung eines elektronischen Patientenkardex vorgesehen. Um diesen Prozess möglichst effizient zu begleiten, wurde ein Junior Project Manager rekrutiert. Ein Pilotprojekt dazu wurde in einer Partnerklinik bereits umgesetzt. Somit wird der Wissenstransfer eine wichtige Rolle spielen, um die Applikation zeitnah auch in der Privatklinik Belair zu integrieren.

Umsetzung Case Management / PROMs-Befragungen
Für komplexe Problemsituationen soll künftig rechtzeitig eine optimale Lösung gefunden werden. Um die Abläufe und Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Stellen optimal gestalten zu können, wurde ein Case Management Team gebildet. Auch die bereits angelaufene PROMs-Befragung von Patienten mit primären Hüft- und Knieprothesen liegt in deren Aufgabenbereich. Mit den daraus gewonnenen Erkenntnissen soll die Indikations- und Ergebnisqualität bei den definierten orthopädischen Eingriffen langfristig gesteigert werden. Eine künftige Ausdehnung der Befragung auf weitere Fachgebiete wird ebenfalls geprüft.

Synergienutzung und gegenseitiges Lernen
Für die Kliniken der Swiss Medical Network Gruppe steht die Nutzung von Synergien im zentralen Fokus der nächsten Jahre. Insbesondere in der Deutschschweiz werden klinikübergreifende Stellen gebildet und damit der Austausch und Wissenstransfer gefördert. Vorhandenes Know-how soll weiter ausgebaut und langfristig gesichert werden.

Qualitätsindikatoren
Zur besseren Übersicht der klinikeigenen bzw. gruppenweiten Qualitätsindikatoren ist die Einführung eines internen Dashboards geplant. Dafür sind die Anforderungen für ein gemeinsames Evaluations-Instrument zu definieren und mögliche Anbieter zu prüfen. Mithilfe eines automatisierten Prozesses sollen Ergebnisse gesammelt und die wichtigsten Indikatoren abgebildet werden. Die Einführung eines geeigneten Instruments wird das systematische Monitoring sowie die strukturierte Analyse zur allfälligen Optimierung innerhalb der Gruppe unterstützen.

Strategie des Bundes zur Qualitätsentwicklung
Mit den Vorgaben der Vierjahresziele entlang der 5 Handlungsfelder (Kultur, Governance, Evidenzbasierte Entscheidung, Patientenzentriertheit und Patientensicherheit) stehen verschiedene Projekte und Qualitätsverbesserungsmassnahmen im Fokus. Als Leistungserbringer ist es in unserem Interesse, system- und leistungsorientierte Schwerpunkte aufzugreifen und die Qualitätsentwicklung im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung nachhaltig sicherzustellen.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
Akutsomatik
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
Patientenzufriedenheit
▪ Patientenbefragung stationär: Ihre Meinung ist uns wichtig!
▪ Patientenbefragung ambulant: Ihre Meinung ist uns wichtig!
Mitarbeitendenzufriedenheit
▪ Mitarbeiterbefragung im Rahmen der Jahresgespräche
Zuweiserzufriedenheit
▪ Zufriedenheitsumfrage Belegärzte

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Stürze
▪ Stürze in der Klinik
Dekubitus
▪ Wundliegen in der Klinik

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Einführung PROMs - Patient Reported Outcome Measures

Ziel	Sicherstellung des optimalen Nutzens von Interventionen für die Patienten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Orthopädie (primäre Knie und Hüft-Prothesen)
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2023-2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Für die Patienten soll der optimale Nutzen von Knie-/Hüftprothesen sichergestellt werden. Durch eine wiederholte Befragung der Patienten zu Symptomen, zur empfundenen Lebensqualität und weiteren Aspekten ihrer Gesundheit vor und nach dem Eingriff sollen Veränderungen über die Zeit aufgezeigt und unser Wissen zu empfohlenen Vorgehensweisen gestärkt werden.
Methodik	Patientenbefragung vor und nach dem Eingriff mittels standardisierten Fragebögen
Involvierte Berufsgruppen	Belegärzte Orthopädie, Pflege, Case Management
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgsquote hinsichtlich der Veränderungen vor/nach dem Eingriff; Gewonnene Erkenntnisse zu Ergebnisparametern; Evaluation von möglichen Therapiealternativen
Weiterführende Unterlagen	International angewandte und validierte Fragebögen (EQ5D, MDS, HOOS/KOOS)

Implementierung Link Nurse

Ziel	Förderung der Infektionsprävention; Umsetzung der strukturellen Mindestanforderungen nach Strategie NOSO; Qualitätsförderung/-sicherung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Pflege und OP
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2023-2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Methodik- und Ressourcennutzung zur Umsetzung der strukturellen Mindestanforderung nach Strategie Noso; Anforderung an die Spitalliste; Infektionsprävention
Methodik	Implementierung Link Nurse nach externer Ausbildung bei H+ Bildung
Involvierte Berufsgruppen	Medizinisches Personal (Pflegestation, Aufwachraum, OP, AEMP, Anästhesie) sowie Mitglieder der Hygienekommission
Evaluation Aktivität / Projekt	Beurteilung Link Nurse, Hygiene-Audits, Schulungsnachweise, Monitoring CCM, Erstellung SOP's und Richtlinien
Weiterführende Unterlagen	Schulungsunterlagen, Protokolle

Weiterentwicklung IMS Premium (Prozess- & Dokumentenlenkung)

Ziel	Effizienzsteigerung durch Wechsel auf webbasiertes SaaS-Tool und Vereinheitlichung der Prozesslandkarte innerhalb der Gruppe
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganze Klinik / Gruppe Swiss Medical Network
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2023-2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Effizienzsteigerung, Vereinheitlichung, Förderung prozessorientierter Arbeitsweise
Methodik	Erfahrungsaustausch; Schulung Key-User, Viewer und Editoren/Prozesseigner
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Verschlankung der Prozesse und optimierte Schnittstellen; Feststellbarer Nutzen für die Anwender; Funktionierendes und klinikübergreifendes Netzwerk
Weiterführende Unterlagen	Nutzerkonzept, Schulungsunterlagen

Re-Zertifizierung nach ISO 9001:2015

Ziel	Anerkanntes Qualitätszertifikat / Erfolgreiche Re-Zertifizierung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Alle Bereiche der Klinik
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Erfüllung der Qualitätsstandards nach ISO 9001:2015 / Klare Positionierung / Kontinuierliche Verbesserung
Methodik	Externes Audit durch die gewählte Zertifizierungsstelle
Involvierte Berufsgruppen	In das Projekt sind alle Abteilungen/Mitarbeitenden der Klinik involviert.
Evaluation Aktivität / Projekt	Durch eine erfolgreiche Aufrechterhaltung der Zertifizierung wird aufgezeigt, dass sich die Klinik stark mit dem Thema Qualität auseinandersetzt und innerhalb der Normkriterien die kontinuierliche Verbesserung entlang des PDCA-Zyklus berücksichtigt.
Weiterführende Unterlagen	ISO-Norm 9001:2015

Ausbau der Klinik

Ziel	Aufbau Radiologie, ambulante OP-Einheiten, neuer Bettentrakt, Bistro, Tiefgarage
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2023 bis Q4 2026
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Erweiterung und Ausbau der bestehenden Infrastruktur / Effizienzsteigerung in den Prozessabläufen
Methodik	Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Baustart im Q4 2024
Weiterführende Unterlagen	Baupläne

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Ärztegremium

Ziel	Interprofessionelle Abstimmung; Nachhaltigkeit im Gesundheitssystem
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Unterschiedliche Fachgebiete
Aktivität: Laufzeit (seit…)	Fortlaufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Austausch zu aktuellen Themen, Qualitätsrichtlinien (Standards), Fallbesprechungen
Methodik	Regelmässige Abstimmung
Involvierte Berufsgruppen	Direktion, Belegärzte / Vertreter aus allen Fachbereichen
Evaluation Aktivität / Projekt	Qualitätsrichtlinien, Behandlungsstrategien
Weiterführende Unterlagen	Protokolle

Klinikgremium

Ziel	Aktiver Austausch zu operativen Themen; Diskussion von Lösungsansätzen zu aktuellen Traktanden; Abstimmung zu anstehenden Belegarzt-Akkreditierungen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	Fortlaufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Erweiterte Geschäftsleitung
Methodik	Gemeinsame Abstimmung im Gremium
Involvierte Berufsgruppen	Geschäftsleitung, Ärztliche Leitung, Leitung Anästhesie
Evaluation Aktivität / Projekt	Neuakkreditierungen, De-Akkreditierungen, strategische Weiterentwicklung
Weiterführende Unterlagen	Protokolle

OP-Lenkungsauschuss: Steuerung und Optimierung der Planung

Ziel	OP-Auslastung optimieren und bereichsübergreifende Abstimmung sicherstellen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	OP, AEMP, Anästhesie, Patientendisposition, Pflege
Aktivität: Laufzeit (seit…)	Fortlaufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Optimierung der Schnittstellen
Methodik	Regelmässige bereichsübergreifende Abstimmung
Involvierte Berufsgruppen	Ärztlicher Leiter, Geschäftsleitung, Anästhesie, OP
Evaluation Aktivität / Projekt	Zweimal jährlich unter Berücksichtigung der Geschäftszahlen, der OP-Kapazitäten-Auswertung sowie des OP-Statutes
Weiterführende Unterlagen	OP-Statut der Privatklinik Belair

Hygienekommission

Ziel	Infektionsprävention und Sicherstellung der Spitalhygiene
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	Fortlaufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Einhaltung der Vorgaben
Methodik	Implementierung und Anwendung von evidenzbasierten Standards
Involvierte Berufsgruppen	Direktion, Spitalhygiene, Infektiologe, OP, Pflege, QM
Evaluation Aktivität / Projekt	Kontroll-Audits, Datenanalyse, nationale Programme
Weiterführende Unterlagen	Hygiene-Konzept

Arbeitsgruppe Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Ziel	Gewährleistung der Arbeitssicherheit, Vermeidung von Unfällen/Krankheiten bei Mitarbeitenden
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	Fortlaufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Wir wollen unseren Mitarbeitenden einen sicheren Arbeitsplatz bieten und deren Gesundheit mit verschiedenen Massnahmen fördern (BGM).
Methodik	Zieldefinition im Bereich ASGS, Gefährdungsermittlung, Schulungen, Sensibilisierungskampagnen; Schutzmassnahmen nach Stop-Prinzip
Involvierte Berufsgruppen	Teilnehmer aus allen relevanten Klinikbereichen
Evaluation Aktivität / Projekt	Gefährdungsermittlungen, umgesetzte Massnahmen, Protokolle aus Arbeitssitzungen, Audit ASGS
Weiterführende Unterlagen	Notfallorganisation, Krisenkonzept, H+ Handbücher ASGS

CIRS-Zirkel

Ziel	Sicherstellung der Patientensicherheit / Lernplattform für Mitarbeitende
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	Seit 2021 fortlaufend mittels integriertem Tool
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Die Patientensicherheit soll jederzeit gewährleistet sein. Wir möchten den Mitarbeitenden eine gesunde Fehlerkultur und eine geeignete Lernplattform bieten.
Methodik	Faktencheck, Fehleranalyse, Umsetzung Korrekturmassnahmen
Involvierte Berufsgruppen	Geschäftsleitung, QM, Anästhesie, Ärztevertreter, OP, Pflege, Abtlg. nach Bedarf
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässiges Monitoring der gemeldeten CIRS-Fälle in der GL; Monatliche Besprechung/Analyse neuer Fälle im CIRS-Zirkel; Öffentliche Fallliste zu Lernzwecken; Dokumentation Verbesserungsmassnahmen, KVP
Weiterführende Unterlagen	Alert-Plattform, Anwenderhandbuch

We-Learning-Angebot

Ziel	Stärkung Kundenservice-Gedanke / Hohe Kundenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Alle Bereiche entlang des Patientenpfads
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2022
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Weiterentwicklung Mitarbeitende
Methodik	"Train the trainer" - Aufbau interne Schulungsmodule
Involvierte Berufsgruppen	Alle mit direktem Kundenkontakt
Evaluation Aktivität / Projekt	Messung Kundenzufriedenheit, Feedbacks der Patienten
Weiterführende Unterlagen	Schulungsmodule

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2019 ein CIRS eingeführt.
Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

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

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

Bemerkungen
Die Swiss Medical Network-Gruppe hat im März 2021 ein neues, elektronisches CIRS-Tool eingeführt. Die Möglichkeit zur Erfassung einer Meldung ist damit für jeden Mitarbeitenden der Klinik jederzeit gegeben. Im CIRS-Zirkel der Klinik werden regelmässig Fallbesprechungen durchgeführt und allfällige Massnahmen geprüft und/oder definiert. Je nach Bedarf werden Optimierungen an Prozessen, Dokumenten und Schnittstellen vorgenommen. Zudem sind neu eingehende CIRS-Meldungen ein Fixtraktandum in der wöchentlichen Geschäftsleitungssitzung.

4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgenden PROM-Messungen durchgeführt/geplant:					
Krankheitsbild	**Leistungsbereich**	**Behandlungspfad(e)/Klinik(en)**	**Verwendete Score(s)**	**Seit/Ab**	**Kommentare**
Primäre Hüftprothesen	Bewegungsapparat chirurgisch	Orthopädie	EQ-5D-5L, HOOS-PS, MDS	10/2023	
Primäre Knieprothesen	Bewegungsapparat chirurgisch	Orthopädie	EQ-5D-5L, KOOS-PS, MDS	10/2023	

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	seit Beginn
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	2014
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	2015

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	**Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet**	**Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment**	**Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment**	**Kommentare**
ISO 9001:2015	Gesamte Klinik	2021	2023	2022 und 2023: Überwachungsaudits erfolgreich bestanden
REKOLE®	Betriebliches Rechnungswesen	2021	2025	2022-2024: Interne Audits

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2018	2019	2021	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2023 (CI* = 95%)
Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.22	4.40	4.49	4.34 (4.12 - 4.56)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.82	4.70	4.71	4.72 (4.50 - 4.94)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.71	4.70	4.59	4.74 (4.54 - 4.94)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.51	4.70	4.32	4.53 (4.25 - 4.81)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.24	4.20	4.32	4.13 (3.86 - 4.40)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	100.00 %	92.70 %	88.90 %	97.70 %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				80
Anzahl eingetroffener Fragebogen	43	Rücklauf in Prozent		54 %

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

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

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ

publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Sämtliche Ergebnisse der Privatklinik Belair liegen über dem Mittelwert aller teilnehmenden Schweizer Spitäler. Bei 4 von 6 Fragen konnten die Werte im Vergleich zur letzten Befragung in 2021 verbessert werden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im April 2023 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenbefragung stationär: Ihre Meinung ist uns wichtig!

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

Schwerpunktmässig umfasst die Zufriedenheitsbefragung aller stationären Patienten folgende Kriterien:

- Information/Kommunikation
- Organisation Eintritts- und Austrittsprozess
- Empfang durch die Mitarbeiter in der Klinik
- Behandlungsqualität Pflege / OP / Physiotherapie
- Hotellerieleistungen Essen / Reinigung
- Stimmung / Atmosphäre in der Klinik
- Ärztliche Leistungen / Behandlung
- Wartezeiten
- Infrastruktur der Klinik
- Positive Aspekte während des Aufenthaltes
- Verbesserungspotenzial

Die Fragen konnten auf einer Skala von 1 (ungenügend) bis 5 (sehr gut), mit Ja/Nein oder mit Freitext beurteilt werden.

Die Rücklaufquote lag bei 58.8% und ist damit minimal tiefer als im Vorjahr.

Innerhalb der Gruppe Swiss Medical Network wurden Benchmark-Fragen für einen klinikübergreifenden Vergleich definiert. Hier liegt die durchschnittliche Gesamtbewertung der Privatklinik Belair bei 4.82 (auf einer Skala von 1-5).

Rückmeldungen werden wöchentlich in der Geschäftsleitung besprochen, um zeitnah korrektive Massnahmen einzuleiten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.
Die Befragung richtet sich an alle Patientinnen und Patienten im stationären Bereich.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Auf die Darstellung der detaillierten Resultate wird aufgrund der komplexen Datenstruktur verzichtet. Die Ergebnisse können jedoch auf Anfrage bei der Kontaktperson für den Qualitätsbericht eingesehen werden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Survio
Methode / Instrument	Survio

5.2.2 Patientenbefragung ambulant: Ihre Meinung ist uns wichtig!

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

Schwerpunktmässig umfasst die Zufriedenheitsbefragung aller ambulanten Patienten folgende Kriterien:

- Information/Kommunikation
- Empfang durch die Mitarbeiter in der Klinik
- Betreuungsqualität Tagesklinik
- Medizinische Behandlung
- Atmosphäre in der Klinik
- Infrastruktur der Tagesklinik
- Information zur Fortsetzung der Behandlung
- Verbesserungspotenzial

Die Fragen konnten auf einer Skala von 1 (ungenügend), 2 (genügend), 3 (gut) bis 4 (sehr gut), mit Ja/Nein oder mit Freitext beurteilt werden.

Die Rücklaufquote bei der ambulanten Befragung (elektronisch) fiel mit knapp 11% tief aus. Erfreulicherweise würden sich aber 99.2% dieser ambulanten Patienten wiederum für die Privatklinik Belair entscheiden, was eine sehr hohe Zufriedenheit aufzeigt.

Die Rückmeldungen der Patienten werden wöchentlich in der Geschäftsleitung besprochen, um bei Bedarf zeitnah korrektive Massnahmen einzuleiten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.
Die Befragung richtet sich an alle ambulanten Patientinnen und Patienten der Tagesklinik.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Auf die Darstellung der detaillierten Resultate wird aufgrund der komplexen Datenstruktur verzichtet. Die Ergebnisse können jedoch auf Anfrage bei der Kontaktperson für den Qualitätsbericht eingesehen werden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Survio
Methode / Instrument	Survio

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA
Beschwerdemanagement Privatklinik Belair
Corina Müller-Rohr
Direktorin
052 632 19 00
cmueller-rohr@swissmedical.net
zu Bürozeiten

7 Mitarbeitendenzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung im Rahmen der Jahresgespräche

Die Zufriedenheitsbefragung wurde zu folgenden Punkten durchgeführt:

- Verbesserungen im vergangenen Jahr
- Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Ziele
- Rahmenbedingungen (Arbeitsvolumen, Arbeitsplatz/-material, etc.)
- Mitarbeiter-Benefits und Angebote
- Arbeitsklima/Kommunikation im Team
- Zusammenarbeit mit dem Vorgesetzten
- Aus- und Weiterbildungen
- Entwicklungsmöglichkeiten im Betrieb und in der Gruppe

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir vom Januar 2023 bis Mai 2023 durchgeführt.
In die Befragung wurden sämtliche Mitarbeitende der Klinik eingeschlossen.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Anhand der Resultate wurden individuelle Verbesserungsmassnahmen umgesetzt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zufriedenheitsumfrage Belegärzte

In 2023 wurde eine online-Befragung der akkreditierten Belegärzte durchgeführt.
Ziel war es, die Zufriedenheit der zuweisenden Belegärzte zu eruieren, um ihren Bedürfnissen künftig noch besser entsprechen und ein möglichst optimales Arbeitsumfeld bieten zu können. Zudem galt es zu erfahren, inwieweit sich die Zufriedenheit seit der letzten Umfrage verändert hat.

Schwerpunktmässig umfasste die Zufriedenheitsbefragung der Belegärzte folgende Kriterien:

- Gründe für die Zuweisung in unsere Klinik
- Flexibilität und Eingehen auf Bedürfnisse
- Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung und den einzelnen Bereichen
- Information/Kommunikation durch und mit der Klinik
- Organisation Anmeldeprozess
- Zufriedenheit mit den Dienstleistungen der involvierten Abteilungen
- Umsetzung der Anweisungen/Verordnungen
- Verpflegungsmöglichkeiten
- Vorhandene Infrastruktur
- Positive Aspekte und Verbesserungspotenzial

Die Fragen konnten auf einer Skala von 1 (unbefriedigend) bis 4 (sehr gut), mit Ja/Nein oder mit Freitext beurteilt werden. Zudem bestand die Möglichkeit, individuelle Wünsche und Anregungen in einem offenen Textfeld anzubringen und Themen für einen allfälligen Kontaktwunsch an die Klinikdirektion zu adressieren.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom Mai 2023 bis Juni 2023 durchgeführt.
Es wurden alle akkreditierten Belegärzte der Privatklinik Belair in die Umfrage eingeschlossen.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Auf die Darstellung der detaillierten Resultate wird aufgrund der komplexen Datenstruktur verzichtet. Die Ergebnisse können jedoch auf Anfrage bei der Kontaktperson für den Qualitätsbericht eingesehen werden.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

Qualitätsindikatoren	BFS-Daten 2021
Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA	**Risikoadjustierte Rate**
Spitalweite Kohorte	6.05 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	4.36 %

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

Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Messergebnisse der Privatklinik Belair haben sich im Vergleich zur letzten Auswertung verbessert und liegen unter der durchschnittlichen Rehospitalisations-Rate aller Spitäler im Kollektiv.

Für die Privatklinik Belair sind die beiden oben angeführten Qualitätsindikatoren (Kohorten) relevant. Die restlichen 4 Kohorten konnten aufgrund der Mindestfallzahlanforderung von 10 erwarteten ungeplanten Rehospitalisationen nicht für den statistischen Vergleich herangezogen werden.

Die Entwicklung wird weiter beobachtet und analysiert, um je nach Bedarf entsprechende Qualitätsaktivitäten zu planen und gemeinsam mit den involvierten Stellen umzusetzen.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	▪ Stationäre Patientinnen und Patienten. ▪ 18 Jahre oder älter. ▪ Patient/in ist beim Erstaufenthalt nicht verstorben. ▪ Patient/in wurde nach Erstaufenthalt nicht direkt an ein anderes Akutspital überwiesen. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes oder eines Haupt- oder Nebenbehandlungs-Kodes, der gemäss den spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien eine der Kohorten beschreibt.
	Ausschlusskriterien	▪ Entlassung erfolgte beim Erstaufenthalt entgegen dem Rat des behandelnden Arztes. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes für eine psychiatrische Erkrankung oder eine Rehabilitation. ▪ Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Klinik (Krankenhaustypologie «K211» und «K212») oder einer Rehabilitationsklinik («K221») oder Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Hauptkostenstelle («M500»), einer Hauptkostenstelle für Rehabilitation («M950») oder einer pädiatrischen Hauptkostenstelle («M400»). ▪ Erstaufenthalt zur ausschliesslichen medizinischen Behandlung eines Krebsleidens, ohne einen chirurgischen Eingriff (dieses Ausschlusskriterium betrifft nur den spitalweiten Indikator und seine Kohorten, weil die diagnose- und eingriffs-spezifischen Indikatoren in jedem Fall auf spezifische Diagnosen bzw. Eingriffe ausgerichtet sind). ▪ Fehlen eines ausreichenden Nachverfolgungszeitraumes von 30 Tagen nach der Entlassung (z.B. im Dezember am Ende des Jahres der aktuellen Untersuchungsperiode), sodass nicht bestimmt werden kann, ob eine Rehospitalisation, während 30 Tagen erfolgte. ▪ Beim betreffenden Erstaufenthalt handelt es sich bereits um eine ungeplante Rehospitalisation während 30 Tagen eines vorhergehenden Erstaufenthalts mit dem gleichen Grundleiden. ▪ Patient/in lebt im Ausland. ▪ Vorhandensein einer mit mikrobiologischem Nachweis bestätigten COVID-19 Diagnose.

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:
▪ Primäre Hüfttotalprothesen
▪ Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2017 bis 31.12.2020

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total)	**Rohe 2-Jahres-Revisionsrate %** (n/N)	**Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %**		**Adjustierte Revisionsrate %**
	2017 - 2020	**2017 - 2020**	**2015 - 2018**	**2016 - 2019**	**2017 - 2020**
Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA					
Primäre Hüfttotalprothesen	338	3.60%	3.70%	3.50%	3.80%
Primäre Knieprothesen	355	5.80%	4.60%	4.90%	5.70%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2023 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2017 bis Dezember 2020. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2022.

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die im Vergleich zur letzten Messung leicht gestiegene adjustierte Revisionsrate - insbesondere nach primären Knietotalprothesen - wurde bis auf Fallebene analysiert, um mit den involvierten Stellen entsprechende Optimierungsmassnahmen zu definieren.

Die Entwicklung wird weiter beobachtet, u.a. anhand der verfügbaren Informationen in den regelmässigen Quartalsberichten.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patientinnen und Patienten mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.
Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wund-infektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2022/2023	2022/2023	2019/2020	2020/2021	2021/2022	2022/2023
Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA						
Wirbelsäulen-chirurgie (ohne Implantat)	78	0	0.00%	3.10%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wund-infektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2022/2023	2022/2023	2019/2020	2020/2021	2021/2022	2022/2023
Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA						
Erstimplantation von Hüftgelenks-prothesen	100	0	5.50%	0.00%	1.90%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Erstimplantationen von Kniegelenks-prothesen	117	0	1.80%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patientinnen und Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patientinnen und Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 und www.lpz-um.eu

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

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

Messergebnisse

	2018	2019	2022	2023
Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	0	0	–
In Prozent	4.80%	0.00%	0.00%	–
Residuum* (CI** = 95%)	0.04 (0.40 - 0.47)	-0.01 (-0.54 - 0.53)	-0.01 (-0.69 - 0.68)	– (–)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

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

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten
Die Privatklinik Belair gehört erst seit 2019 zum Swiss Medical Network.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patientinnen und Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patientinnen und Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Stürze in der Klinik

Alle Stürze in der Klinik werden erfasst, um aus den Situationen zu lernen und weitere, präventive Massnahmen zu ergreifen.

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge die Patienten unbeabsichtigt und unabhängig von der Ursache auf dem Boden oder einer tieferen Ebene zu liegen kommen (Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly, 1987).

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.
Die Messung fand auf Station, im Aufwachraum und der Tagesklinik statt.
Es wurden alle Patienten eingeschlossen, welche sich zum Zeitpunkt des Sturzes für eine pflegerische Behandlung auf Station, im Aufwachraum oder in der Tagesklinik aufgehalten haben.

Messergebnis: 4 Sturzereignisse ohne Verletzungsfolgen sowie 2 Sturzereignisse mit leichter Verletzungsfolge

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

13 Dekubitus

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

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patientinnen und 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 und www.lpz-um.eu

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

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

Messergebnisse

	Anzahl Patienten mit Dekubitus	Vorjahreswerte			2023	In Prozent
		2018	2019	2022		
Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA						
Nosokomiale Dekubitus-prävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.01 (-0.30 - 0.29)	0 (-0.79 - 0.79)	0 (-0.87 - 0.86)	–	–

Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023	–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	–

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

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patientinnen und Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patientinnen und Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Wundliegen in der Klinik

Alle betroffenen Fälle in der Klinik werden erfasst, um aus den Situationen zu lernen und weitere, präventive Massnahmen zu ergreifen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.
Die Messung fand auf der Bettenstation statt.
Es wurden alle Patienten auf der Bettenabteilung in die Erfassung eingeschlossen und auf "Wundliegen" überprüft.

Aufgrund der grösstenteils Kurzaufenthalte sind im Messzeitraum keine Dekubiti in der Klinik aufgetreten.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Ausbau der Klinik

Um den geforderten Qualitätsvorgaben in der Privatklinik Belair in höchstem Masse entsprechen zu können (inkl. kantonaler Leistungsaufträge für die Spitalplanung 2024) und um den zukünftigen Anforderungen gerecht werden zu können (ambulant vor stationär), müssen Vorgaben eingehalten, Investitionen getätigt und das chirurgische wie auch das medizinische Angebot erweitert werden. Folgende Massnahmen für einen Um- und Erweiterungsbau wurden definiert: Umbau und Modernisierung des Aufwachraumes und der Tagesklinik, Bereitstellung diverser Inhouse Ärztepraxen, Bau eines neuen Bettentraktes, Umbau OP-Trakt mit zwei zusätzlichen neuen ambulanten OP-Einheiten, Aufbau einer Radiologie, Eröffnung eines Bistros.

18.1.2 Weiterentwicklung IMS Premium (Prozess- & Dokumentenlenkungssystem)

Das integrierte Managementsystem IMS wurde im 2021 aufgebaut und implementiert. Die Prozesse und Dokumente werden in regelmässigen Abständen geprüft und aktualisiert. Dies geschieht u.a. auch im Rahmen von Audits und Begehungen. In weiterer Folge sind nun Optimierungen hinsichtlich Effizienz und einer Vereinheitlichung der Prozesslandkarte innerhalb der Gruppe vorgesehen. Dazu wurde bereits die Migration auf ein webbasiertes SaaS-Tool vorgenommen. Um das prozessorientierte Denken weiter zu fördern und die Schnittstellen zu optimieren, wurden die Kernprozesse entlang des Patientenpfads neu strukturiert und benannt, bevor der Wechsel auf eine neue Grafik der Prozesslandkarte (Vereinheitlichung innerhalb der Gruppe) umgesetzt wird. Ziel ist ein funktionierendes und klinikübergreifendes Netzwerk aufzubauen, welches einen feststellbaren Nutzen für die Anwender im Fokus hat.

18.1.3 Einführung PROMs - Patient Reported Outcome Measures

Für Listenspitäler ist es in mehreren Kantonen bereits verpflichtend, die Indikations- und Ergebnisqualität bei bestimmten Eingriffsarten zu messen. Diese Aspekte werden durch „Patient Reported Outcome Measures“ (PROMs) erfasst. In der Privatklinik Belair wird dies seit Herbst 2023 mithilfe einer geeigneten Applikation umgesetzt. Zum Einsatz kommen dabei validierte, von wissenschaftlichen Gremien anerkannte Fragebögen wie z.B. EQ-5D-5L, MDS sowie HOOS und KOOS (in Kurzform). Patienten, welche elektiv und primär ein Knie- oder Hüftimplantat erhalten, werden vor und 1 Jahr nach dem Eingriff zum aktuellen Gesundheitszustand befragt. Die daraus resultierenden Erkenntnisse zur von den Patienten wahrgenommenen Veränderung der Funktionstüchtigkeit und Lebensqualität sollen Aufschluss über den Erfolg eines Eingriffs geben und auch eine Evaluation von möglichen Therapiealternativen zulassen. Anhand dieser Informationen können zu einem späteren Zeitpunkt bei Bedarf Massnahmen abgeleitet werden.

18.1.4 Implementierung Link Nurse

Mit der Einführung und Umsetzung der strukturellen Mindestanforderungen nach der Strategie Noso wird unter anderem auch die Implementierung von Link Nurses immer wichtiger. Dafür wurden interessierte, bestehende Mitarbeitende "rekrutiert", welche die Abläufe innerhalb der Bereiche kennen und sich in dieser Richtung weiterentwickeln wollen. Nach einer externen Ausbildung bei H+ Bildung ist die Implementierung als Link Nurse in den dafür vorgesehenen Bereichen geplant. Bei diesem Projekt steht vor allem eine systematische Förderung der Infektionsprävention im Mittelpunkt, welche einen wesentlichen Beitrag zur Patientensicherheit leistet. Dafür werden entsprechende Ressourcen und Methoden eingesetzt, um ein strukturiertes und nachhaltiges Monitoring aufbauen zu können.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

18.2.1 ISO 9001:2015 Überwachungsaudit

Die Privatklinik Belair ist seit 2021 nach den internationalen Standards der ISO 9001:2015 zertifiziert und konnte durch den engagierten Einsatz der Mitarbeitenden auch die Überwachungsaudits in 2022 und 2023 erfolgreich umsetzen.

18.2.2 We-Learning

In 2022 wurden mit Unterstützung der Firma Forwardservice verschiedene We-Learning-Module zur Erhöhung des Kundenservice-Gedankens erarbeitet und umgesetzt. Die Schulungen konnten durch klinikinterne Mitarbeiter durchgeführt werden. Bis Ende 2022/Anfang 2023 wurden die Bereiche entlang des Patientenpfads im zwei-Wochen-Rhythmus zu 24 verschiedenen Themen der Kundenorientierung geschult. Damit möchten wir die Kundenbedürfnisse bestmöglich erfüllen und eine gewohnt hohe Dienstleistungsqualität sicherstellen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO 9001:2015 Re-Zertifizierung

Die Privatklinik Belair ist nach dieser national wie auch international weit verbreiteten und vergleichbaren Norm zertifiziert. Sie zeigt jene Anforderungen auf, welche hinsichtlich der Kundenbedürfnisse sowie der Produkt- und Dienstleistungsqualität umzusetzen sind. Damit ist die Norm ein bewährtes Instrument, um die Transparenz betrieblicher Abläufe zu erhöhen und in weiterer Folge die Effizienz der Unternehmensleistung zu optimieren. Die jährliche Überprüfung durch die Zertifizierungsstelle SSC stellt zudem eine kontinuierliche und nachhaltige Verbesserung des Managementsystems sicher. Das letzte Überwachungsaudit wurde im September 2023 erfolgreich absolviert. Derzeit bereiten wir uns intensiv auf die Re-Zertifizierung im September 2024 vor, in welcher das gesamte Managementsystem erneut hinsichtlich Wirksamkeit überprüft wird.

18.3.2 REKOLE® Re-Zertifizierung

Der nationale Verband der Spitäler und Kliniken H+ hat im Jahr 2007 ein einheitliches System von Normen für das betriebliche Rechnungswesen in Spitälern geschaffen. REKOLE® steht für Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung. Damit hat H+ das betriebliche Rechnungswesen von Spitälern und Kliniken nach landesweit gemeinsamen Standards vereinheitlicht und ein System erschaffen, welches die gesetzlichen Vorgaben gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) erfüllt.
Die Privatklinik Belair wurde in 2021 erstmals nach REKOLE® zertifiziert.
Im Hinblick auf die Re-Zertifizierung in 2025 werden einige Parameter angepasst bzw. erweitert.
Innerhalb dieser 4 Jahre werden alle relevanten Kapitel intern auditiert.

19 Schlusswort und Ausblick

Die Vordere Breite, auf dessen Areal sich die Klinik befindet, nimmt als attraktives Wohngebiet und Ort für Bildung, Freizeit, Erholung und Gesundheit eine bedeutende Stellung im Stadtgefüge ein. Darüber hinaus besitzt sie aufgrund der Nähe zur Altstadt und den umgebenden freien Flächen grosses Potenzial zur baulichen Weiterentwicklung.

Die Privatklinik Belair soll sich durch zukunftsorientierte Planung in Form von Um-, Aus- und Neubauten zu einem Gesundheitszentrum entwickeln und somit einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität der Region Schaffhausen leisten. Um den kantonalen Leistungsauftrag qualitativ hochstehend erfüllen zu können, müssen Vorgaben eingehalten, Investitionen getätigt und das chirurgische wie auch das medizinische Angebot erweitert werden.

Einen wichtigen Grundpfeiler der Klinik bildet die Qualität, die vollumfänglich im Sinne der Sicherheit und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden steht.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Wechseloperationen Hüftprothesen
Wechseloperationen Knieprothesen
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie

Herausgeber

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

Siehe auch:
www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/

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

Beteiligte Gremien und Partner

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.
Siehe auch:
www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/

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

Weitere Gremien

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.
Siehe auch: www.anq.ch

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

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