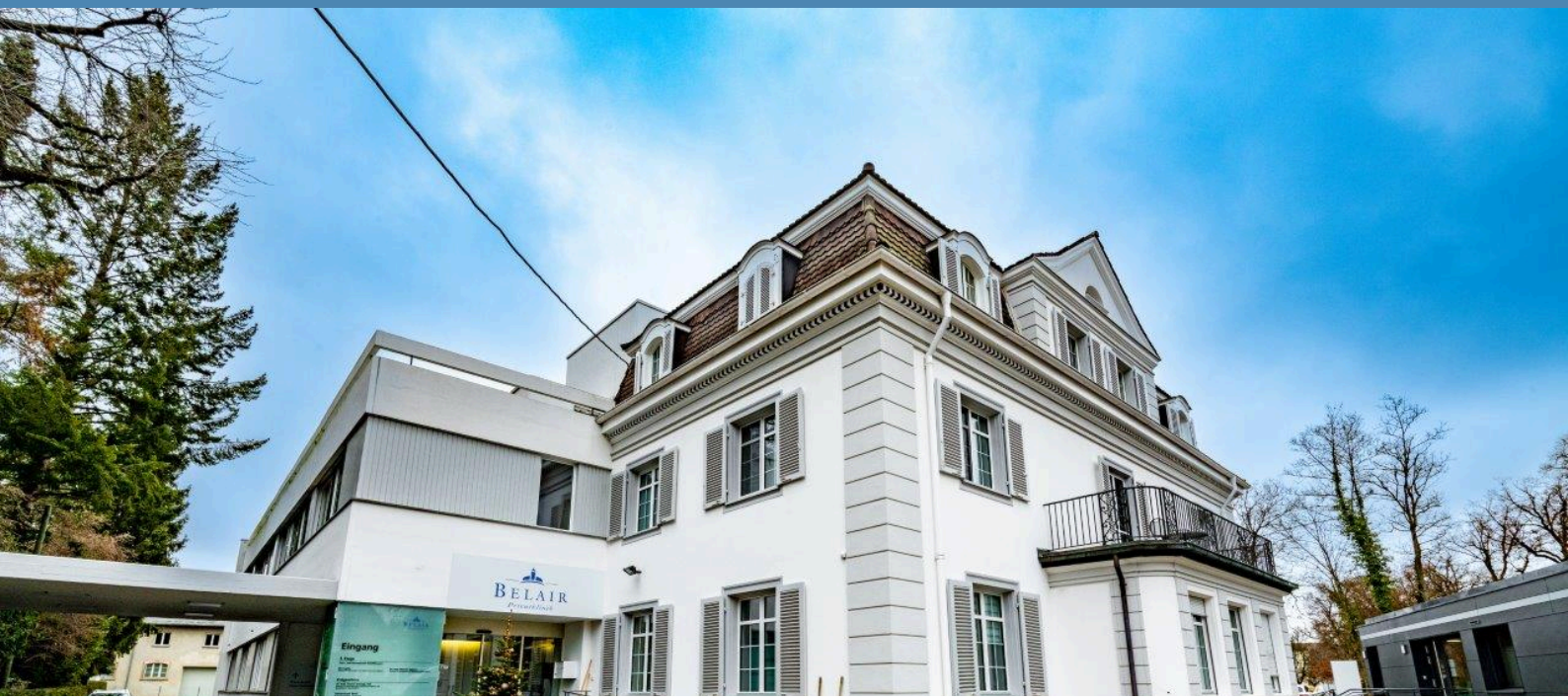
BELAIR
Privatklinik

Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	26.05.2025	Version 1
Durch:	Corina Müller-Rohr, Direktorin	



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 2024.

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

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2024

Frau
Christine Reutlinger
Qualitätsverantwortliche Region ZH/SG/SH
+41 79 457 01 73
creutlinger@swissmedical.net

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

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

Die Herausforderungen bleiben weiterhin vielfältig für die Spitäler und Kliniken. Sie müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.
Der Personalmangel und nicht-kostendeckende Tarife waren für H+ und die Spitäler weiterhin ein grosses Thema. Anfang November 2024 wurde das ambulante Gesamt-Tarifsystem dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Viele Spitäler und Kliniken haben das Projekt bereits gestartet und erste Schritte erledigt.

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den Qualitätsvertrag (QV58a) zwischen curafutura, santésuisse und H+ genehmigt (vgl. Medienmitteilung des Bundesrates) und diesen per sofort in Kraft gesetzt. Der QV58a legt klare Regeln für eine verbindliche und transparente Qualitätsentwicklung fest; er gilt gesamtschweizerisch für alle Spitäler und Kliniken.
H+ hat einen analogen Qualitätsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – Qualität – Qualitätsvertrag. Als Publikationsort wurde die Plattform spitalinfo.ch bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdeklaration vorgenommen. Ab der Vorlage 2025 werden dann diese Angaben zur Qualitätsentwicklung automatisch in den H+ Qualitätsbericht integriert.

Der Qualitätsbericht 2024 ist wiederum aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Im aktuellen Qualitätsbericht können zudem erstmalig die IQM Peer Review Verfahren aufgeführt werden.
Die bisherige Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wird künftig abgelöst. Auf Initiative der Spitäler und Kliniken, ist der ANQ daran andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen und weiterzuentwickeln. Das Ziel ist, künftig klinische Routinedaten und somit Daten aus den elektronischen Patientendokumentationen nutzbar zu machen, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen.

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

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

Freundliche 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 2024 10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024 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 12
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen 13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte 14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 21
4.4.2 Interprofessionelle (Peer) Reviews
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 Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene 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 Eigene Messung 36
12.1.1 Sturzmeldungen intern 36
13 Dekubitus **37**
13.1 Eigene Messungen 37
13.1.1 Dekubitusmeldungen intern 37
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 ... 38
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte ... 38
18.1.1 Ausbau der Klinik ... 38
18.1.2 Implementierung Hygiene-Plattform ... 38
18.1.3 Optimierung Patientenpfad ... 38
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024 ... 39
18.2.1 ISO 9001:2015 Rezertifizierung ... 39
18.2.2 Implementierung Link Nurse ... 39
18.2.3 Weiterentwicklung IMS (Prozess- & Dokumentenlenkung) ... 39
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte ... 39
18.3.1 DIN EN ISO 9001:2015 ... 39
18.3.2 REKOLE® Re-Zertifizierung ... 39
19 Schlusswort und Ausblick ... 40
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot ... 41
Akutsomatik ... 41
Herausgeber ... 42

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 rund 60 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 und Traumatologie, Wirbelsäulenchirurgie, Urologie, Gynäkologie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Ophthalmologie, Nephrologie, Kardiologie, Rheumatologie und Hämatologie.

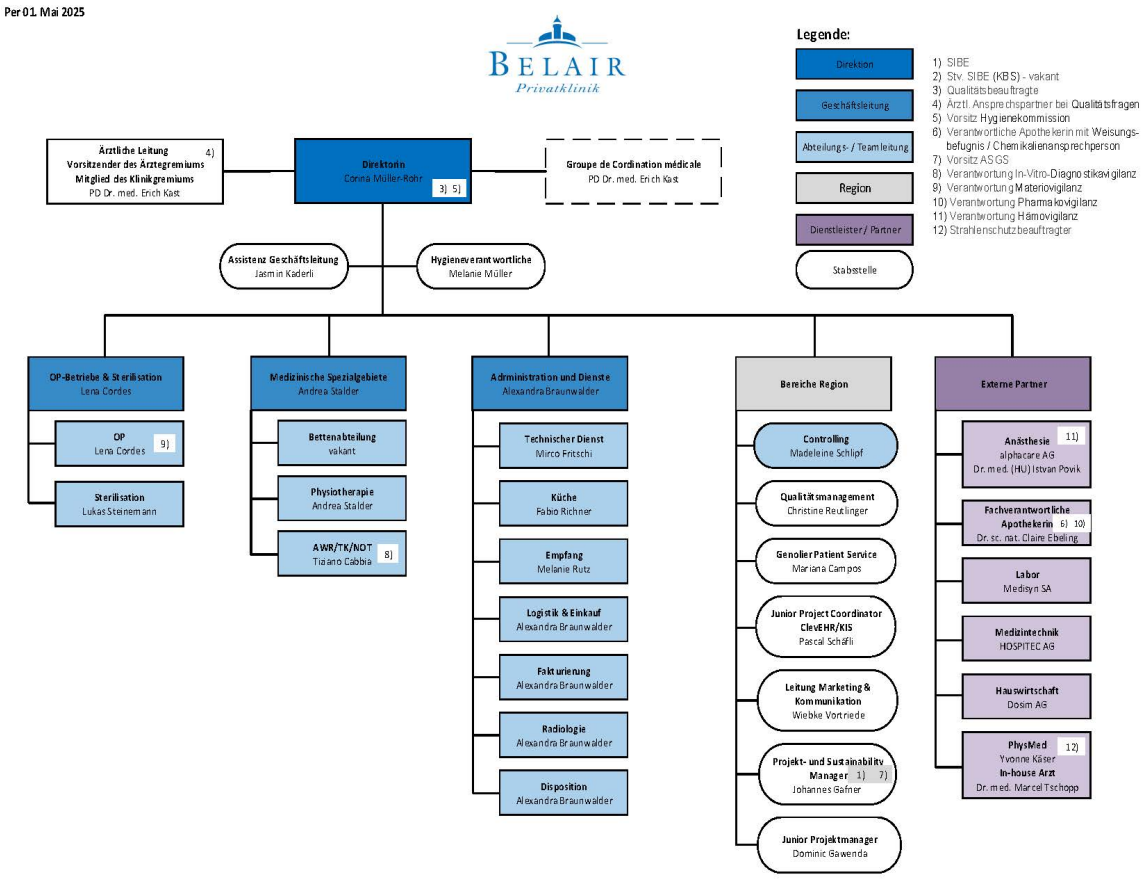
Die Klinik steht auf der Spitalliste des Kantons Schaffhausen. Sowohl ambulant als auch stationär können Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen betreut werden.

Die 1971 gegründete Klinik ist seit 2019 Teil des Swiss Medical Network, dem schweizweit 21 Kliniken und Spitäler sowie rund 70 ambulante Zentren in 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.

Der Bereich zur Qualitätsentwicklung bei Swiss Medical Network wird schweizweit koordiniert und 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.

<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 Christine Reutlinger
Qualitätsverantwortliche Region ZH/SG/SH
+41 79 457 01 73
creutlinger@swissmedical.net

Frau Jasmin Kaderli
Ansprechperson Qualität
+41 79 424 15 81
jkaderli@belair.ch

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. Um dies zu gewährleisten, wird das Qualitätsmanagement nach der ISO-Norm 9001:2015 und dem damit verbundenen PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) nach Deming gelebt. Dieser bildet die Basis zur kontinuierlichen Verbesserung.

Im Rahmen der Qualitätsstrategie stehen folgende Handlungsfelder im Fokus:

Kundenzufriedenheit
Eine einzigartige Kundenorientierung steht im Mittelpunkt unseres täglichen Handelns. Wir versorgen unsere Patienten gemeinsam mit den akkreditierten (Beleg-)Ärzten evidenzbasiert in einem vertrauensvollen und menschlichen Umfeld. Den Zufriedenheitsgrad unserer Kunden erfassen wir kontinuierlich, sowohl über interne wie auch externe Instrumente. Somit erkennen wir allfälligen Verbesserungsbedarf umgehend und setzen entsprechende Massnahmen um.

Integration in die Versorgung
Wir sind davon überzeugt, dass die Beteiligung der Patienten entscheidend zu deren Genesung sowie zur Verbesserung der Qualität der von uns erbrachten Pflege- und Dienstleistungen beiträgt. Daher beziehen wir unsere Patienten bestmöglich in ihre Versorgung mit ein, indem wir sie sowie ihre Angehörigen ermutigen, sich aktiv am Behandlungsprozess zu beteiligen und Rückmeldungen zu geben.

Patientensicherheit
Die Sicherheit unserer Patienten steht an erster Stelle. Daher setzen wir konsequent Sicherheitsprotokolle ein, um medizinische Fehlerquellen präventiv zu identifizieren und zu vermeiden. Wir analysieren systematisch die Folgen unserer Handlungen und stellen sicher, dass Verbesserungsmassnahmen umgesetzt werden, wenn dies erforderlich ist.

Professionalität
Interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ein Kernfaktor unseres täglichen Handelns. Dabei spielt die kontinuierliche Weiterentwicklung der Expertise eine wichtige Rolle. Unsere Mitarbeitenden werden ihren Kompetenzen entsprechend eingesetzt, gefordert und gefördert. Durch deren Weiterbildung kann aktuelles Wissen transferiert und die hohe Qualität unserer angebotenen Leistungen aufrechterhalten werden. Unsere Belegärzte wählen wir sorgfältig im Rahmen eines Akkreditierungs- bzw. Rekrutierungsprozesses aus. Dabei achten wir auf ihre stetige fachliche Fortbildung, um optimale Voraussetzungen für ausgezeichnete Behandlungsresultate zu schaffen.

Nachhaltige Entwicklung
Die Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung unserer strategischen Ziele ausgerichtet. Unsere Mitarbeitenden sollen sich mit Swiss Medical Network sowie dessen Strategie und Ziele identifizieren können. Dafür nutzen wir verschiedene Evaluierungsinstrumente und den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Mit Hilfe eines gesteuerten Projekt- und Risikomanagements kann auf allfällige Probleme schnell reagiert werden. Die Nachhaltigkeit unserer Aktivitäten fördern wir kontinuierlich durch gesellschaftliche und ökologische Ziele. Langfristig wollen wir unseren CO2-Fussabdruck verringern und damit einen positiven Beitrag zum Erhalt einer intakten Umwelt leisten.

Versorgungs- und Indikationsqualität
Wir verpflichten uns, eine Versorgung von bestmöglicher Qualität nach den höchsten medizinischen Standards zu gewährleisten. Dazu nehmen wir an nationalen Umfragen und Erhebungen zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung teil, die mit unserem Leistungsspektrum in Verbindung stehen. Zudem führen wir freiwillig weitere Messungen zur Erfassung unserer Leistungs- und Ergebnisqualität durch. Die Effizienz und Versorgungsqualität steigern wir durch ein gezieltes

Prozessmanagement und die Evaluierung der erhobenen Kennzahlen. Zusätzlich zu den Outcome-Messungen setzen wir den Fokus auf die Indikationsqualität, die sowohl die Angemessenheit als auch die Notwendigkeit medizinischer Interventionen umfasst.

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

- Umsetzung des übergeordneten Qualitätsmanagement-Konzeptes
- Ein klinikübergreifendes, digitales QM-System ist implementiert und wird gelebt
- Unsere Klinik erfüllt die Anforderungen der ISO Norm 9001:2015
- 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
- Strukturelle Mindestanforderungen werden mithilfe erprobter Praxisstandards umgesetzt
- Nationale Qualitätsindikatoren werden analysiert und nachhaltig optimiert

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

- Rezertifizierung nach ISO 9001:2015
- Aufbau und Implementierung elektronisches Patientenkardex
- Erarbeitung eines gruppenweiten Qualitätskonzepts
- Ausbau der Datenschutz-Prozesse und Richtlinien
- Durchführung interner Audits zur Verbesserung der Abläufe und Schnittstellen
- Lancierung verschiedener Aktionen zum Thema Patientensicherheit

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

- Erfolgreiche Rezertifizierung nach ISO 9001:2015
- Implementierung einer gruppenweiten, einheitlichen Prozesslandkarte im IMS
- Digitalisierung des Rekrutierungs-/Onboarding-Prozesses für Mitarbeitende
- Aufstockung und Schulung des internen Auditoren-Teams
- Teilnahme an der Aktionswoche Patientensicherheit Schweiz
- Aufstockung und Schulung des internen Auditoren-Teams

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Förderung Wissenstransfer
Mit Hilfe eines überregionalen Austauschs soll das Wissensmanagement vertieft und vorhandenes Know-how langfristig gesichert werden. Dies wird unter anderem durch den gruppenweiten Ausbau des integrierten Managementsystems, die Harmonisierung von Prozessabläufen, die Digitalisierung des Risikomanagements sowie die Erstellung und Umsetzung neuer E-Learning-Angebote und IT-Trainings für Mitarbeitende gewährleistet.

PREMs und PROMs - Weiterentwicklung der Indikations- und Outcomequalität
Mit der Teilnahme an der nationalen Patientenzufriedenheitsbefragung, welche ab Herbst 2025 nach der neuen Methodik erfolgt, wird der Fokus auf die Patientenerfahrung gelegt. Dabei kommt der neue, differenzierte Fragebogen "Swiss PREMs Acute Care" zum Einsatz.
Die systematische PROMs-Befragung von Patienten mit primären Hüft- und Knieprothesen findet bereits statt. Aus Optimierungsgründen ist jedoch der Wechsel auf eine neue Applikation vorgesehen. Mithilfe der daraus gewonnenen Erkenntnisse können die Indikations- und Ergebnisqualität bei den definierten orthopädischen Eingriffen langfristig gesteigert werden. Eine Ausdehnung der Befragung auf weitere Fachgebiete soll in den kommenden Jahren ebenfalls geprüft werden.

Monitoring der Qualitätsindikatoren
Um eine bessere Übersicht der klinikeigenen bzw. gruppenweiten Qualitätsindikatoren zu erhalten, wird ein gruppeninternes Dashboard aufgebaut und implementiert. Im Zuge der Einführung erfolgt auch der Wechsel auf eine einheitliche Zufriedenheitsbefragung der Patienten innerhalb der Gruppe Swiss Medical Network. Dabei werden mithilfe eines automatisierten Prozesses aussagekräftige Ergebnisse gesammelt und klinikübergreifend ausgewertet. In einer nächsten Evaluierungsphase sollen zusätzliche Indikatoren für ein systematisches Monitoring definiert werden. Ziel ist eine vertiefte Analyse der Ergebnisse zur Optimierung der Prozessabläufe.

Ausrichtung der Qualitätsverbesserungsmassnahmen auf die Strategie des Bundes
Im Rahmen des nationalen Qualitätsvertrags stehen verschiedene Projekte und Qualitätsverbesserungsmassnahmen zur Steigerung der Behandlungsqualität und Sicherheit der Patienten im Fokus. Als Leistungserbringer ist es in unserem Interesse, system- und leistungsorientierte Schwerpunkte aufzugreifen und die Qualitätsentwicklung im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung nachhaltig sicherzustellen. Dafür werden die von einer Fachkommission anerkannten Qualitätsverbesserungsmassnahmen selektiv zur Umsetzung ausgewählt.

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 Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Nationale Messungen laut Qualitätsvertrag (ANQ)
▪ Prozess- und Ergebnisqualität (PROMs)

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Dekubitus
▪ Dekubitusmeldungen intern

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

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
Weiterführende Unterlagen	Baupläne

Elektronisches Patientenkardex

Ziel	Einheitliches Dokumentationssystem innerhalb der Gruppe Swiss Medical Network
Bereich, in dem das Projekt läuft	Patientenpfad (Kernprozesse)
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2024-2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Entscheid Generaldirektion Swiss Medical Network
Methodik	Bedarfsanalysen, Konfiguration Parameter, Pilotprojekt, Rollout
Involvierte Berufsgruppen	Berufsgruppen entlang des Patientenpfads
Evaluation Aktivität / Projekt	Learnings aus Pilotprojekt; Erfolgreiche Integration in die operativen Abläufe; Verbesserungen am System in Zusammenarbeit mit dem Provider
Weiterführende Unterlagen	Projektplanung

Implementierung Hygieneplattform

Ziel	Verbesserung der Adhärenz der Händehygiene und der Hygieneprozesse
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Vorgaben der Strategie NOSO
Methodik	Projektmanagement; Einsatz evidenzbasierter Standards
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende mit Patientenkontakt
Evaluation Aktivität / Projekt	Implementierung des neuen Tools zur Überwachung der Händehygiene und Befolgung der SOP's. Ableitung von Interventionen im Bedarfsfall. Automatisierte Datenanalyse und unmittelbares Feedback an die Mitarbeitenden.
Weiterführende Unterlagen	IVF Hartmann

Optimierung Patientenpfad

Ziel	ALOS Hüft-TP (I46) 2.10 Nächte / ALOS Knie-TP (I43) 3.10 Nächte / ALOS Schulter (I29) 2.10 Nächte
Bereich, in dem das Projekt läuft	Administration, OP, Pflege
Projekt: Laufzeit (von…bis)	April 2025 bis Dezember 2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Kostenreduktion
Methodik	IST-/Soll-Analyse, Massnahmenplanung
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Anästhesie, Disposition, Casemanagement, Physiotherapie
Evaluation Aktivität / Projekt	Kick-off; Ergebnisoptimierung
Weiterführende Unterlagen	Statistiken

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)	seit 2023 fortlaufend
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, QM
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 (EQ-5D-5L, MDS, HOOS/KOOS)

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Umsetzung DIN EN ISO-Norm 9001:2015

Ziel	Anerkanntes Qualitätszertifikat; Aufrechterhaltung eines effektiven Qualitätsmanagementsystems
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Alle Bereiche der Klinik
Aktivität: Laufzeit (seit…)	Fortlaufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Erfüllung der Qualitätsstandards nach ISO 9001:2015; Klare Positionierung; Kontinuierliche Verbesserung; Hohe Kundenzufriedenheit
Methodik	Projektplanung, GAP-Analyse, Prozesssteuerung, Dokumentenlenkung, KVP, PDCA-Zyklus, Audits
Involvierte Berufsgruppen	In das Projekt sind alle Bereiche, Abteilungen und Mitarbeitenden der Klinik involviert.
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässig wiederkehrende, externe Audits mit Überprüfung der Vorgaben durch die gewählte Zertifizierungsstelle
Weiterführende Unterlagen	ISO-Norm 9001:2015

Implementierung Link Nurse

Ziel	Förderung der Infektionsprävention; Umsetzung der strukturellen Mindestanforderungen nach Strategie NOSO; Qualitätsförderung/-sicherung
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Pflege und OP
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2023-2024
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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 Integriertes Managementsystem (IMS)

Ziel	Effizienzsteigerung sowie Aufbau und Nutzung weiterer Module
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ganze Klinik / Gruppe Swiss Medical Network
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2023-2024
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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

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

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 Tool zur strukturierten Erfassung von CIRS-Meldungen und Vigilanzen implementiert. Mitarbeitende haben jederzeit die Möglichkeit, anonymisierte Meldungen einzugeben und diese seit 2024 auch gruppenweit einzusehen. Im CIRS-Zirkel der Klinik werden regelmässig Fallbesprechungen durchgeführt und allfällige Massnahmen geprüft oder neu definiert. Je nach Bedarf werden Optimierungen an Prozessen, Dokumenten und Schnittstellen vorgenommen.

4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgenden PROM-Messungen durchgeführt/geplant:					
Krankheitsbild	**Leistungsbereich**	**Behandlungspfad(e)/Klinik(en)**	**Verwendete Score(s)**	**Seit/Ab**	**Kommentare**
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	2024	
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 Patient:innen und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene

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

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2019	2021	2023	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2024 (CI* = 95%)
Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.40	4.49	4.34	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.70	4.71	4.72	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.70	4.59	4.74	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.70	4.32	4.53	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.20	4.32	4.13	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	92.70 %	88.90 %	97.70 %	– %
Anzahl versendeter Fragebogen 2024				–
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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

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

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020, 2022 und 2024 für die Akutsomatik regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Dargestellt werden nur die Vorjahre in denen Befragungen stattgefunden haben und zu denen Werte vorhanden sind. Ab 2025 folgt eine neue Befragung in einem erweiterten Format:
Der ANQ-Kurzfragebogen, den die Spitäler und Kliniken seit 2011 für die nationale

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patient:innen (≥ 16 Jahre) versendet, die im April – das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patient:innen. ▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 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 der 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 in 2024 bei sehr guten 62% und hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 3.2%-Punkte verbessert.

Innerhalb der Gruppe Swiss Medical Network wurden 10 Benchmark-Fragen für einen klinikübergreifenden Vergleich definiert. Hier liegt die durchschnittliche Gesamtbewertung der Privatklinik Belair bei 4.78 (auf einer Skala von 1-5).

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die Befragung richtet sich an alle Patientinnen und Patienten im stationären Bereich.

Der Klinik wird gesamthaft eine hohe Patientenzufriedenheit bescheinigt. Die Ergebnisse werden regelmässig mit den vorgegebenen Zielwerten verglichen und auf Stufe Geschäftsleitung analysiert. Wo nötig, werden korrigierende Massnahmen besprochen und eingeleitet.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

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. Dies ermöglicht es der Klinik, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten.

Schwerpunktmässig umfasst die Zufriedenheitsbefragung der 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) bis 4 (sehr gut), mit Ja/Nein oder mit Freitext beurteilt werden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die Befragung richtet sich an die ambulanten Patientinnen und Patienten der Tagesklinik.

Die Rücklaufquote bei der ambulanten Befragung (elektronisch) fiel mit knapp 10% tief aus. Erfreulicherweise würden sich aber 98.6% dieser ambulanten Patienten wiederum für die Privatklinik Belair entscheiden, was eine sehr hohe Zufriedenheit mit der Betreuung aufzeigt.

Alle Feedbacks der Patienten werden regelmässig in der Geschäftsleitung besprochen, um bei Bedarf zeitnah korrektive Massnahmen einzuleiten.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA
Beschwerdemanagement Privatklinik Belair
Jasmin Kaderli
GL-Assistenz / Ansprechperson Qualität
+41 79 424 15 81
jkaderli@belair.ch

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 2024 bis Mai 2024 durchgeführt.
In die Befragung wurden sämtliche Mitarbeitende der Klinik eingeschlossen.

Die Rückmeldungen fielen grösstenteils sehr positiv aus.
Es wurden einzelne Hinweise zum Anlass genommen, um Optimierungen in die Wege zu leiten.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zufriedenheitsumfrage Belegärzte

Mit dieser Umfrage gilt es, die Zufriedenheit der zuweisenden Belegärzte zu eruieren, um ihren Bedürfnissen künftig noch besser zu entsprechen und ihnen ein möglichst optimales Arbeitsumfeld bieten zu können. Zudem werden Veränderungen zu den Ergebnissen der letzten Umfrage ausgewertet.

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 können auf einer Skala von 1 (unbefriedigend) bis 4 (sehr gut), mit Ja/Nein oder mit Freitext beurteilt werden. Zudem besteht 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 im Jahr 2023 durchgeführt.
Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2026.
Alle akkreditierten Belegärzte der Privatklinik Belair werden in die Umfrage eingeschlossen.

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	BFS-Daten 2022
Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA	**Risikoadjustierte Rate**	**Risikoadjustierte Rate**
Spitalweite Kohorte	6.05 %	4.2 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	4.36 %	3.59 %

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

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

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

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

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

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

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

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

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2018 bis 31.12.2021

	Anzahl eingeschlossene Primär-Implantate (Total)	**Rohe 2-Jahres-Revisionsrate %** (n/N)	**Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %**			**Adjustierte Revisionsrate %**
	2018 - 2021	**2018 - 2021**	**2015 - 2018**	**2016 - 2019**	**2017 - 2020**	**2018 - 2021**
Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA						
Primäre Hüfttotalprothesen	247	3.20%	3.70%	3.50%	3.80%	3.40%
Primäre Knieprothesen	279	5.00%	4.60%	4.90%	5.70%	5.00%

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Bei beiden Eingriffsarten haben sich die Ergebnisse im Vergleich zur vorherigen Periode verbessert.

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

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.
Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, 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 2023 – 30. September 2024

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wund-infektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2023/2024	2023/2024	2020/2021	2021/2022	2022/2023	2023/2024
Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA						
Wirbelsäulen-chirurgie (ohne Implantat)	88	0	3.10%	0.00%	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 2023 – 30. September 2024

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wund-infektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2023/2024	2023/2024	2020/2021	2021/2022	2022/2023	2023/2024
Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA						
Erstimplantation von Hüftgelenks-prothesen	101	0	0.00%	1.90%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Erstimplantationen von Kniegelenks-prothesen	118	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

12 Stürze

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

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

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie hier:
https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/sturz-dekubitus/

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Sturzmeldungen intern

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem eine Person unbeabsichtigt auf den Boden oder eine tiefere Ebene fällt. Dies kann durch den Verlust des Gleichgewichts im Stehen oder aus der Bewegung heraus geschehen.

Seit 2021 werden Stürze in der Klinik über ein gruppenweites, elektronisches System gemeldet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
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.

Die Anzahl der Stürze ist jeweils sehr tief. Sie werden Situations-spezifisch analysiert, um daraus zu lernen und bei Bedarf weitere präventive Massnahmen umzusetzen.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

13 Dekubitus

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

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

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie hier:
https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/sturz-dekubitus/

13.1 Eigene Messungen

13.1.1 Dekubitusmeldungen intern

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.

Seit 2021 erfolgen Dekubitus-Meldungen über ein elektronisches Meldesystem der Gruppe.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Es wurden alle Patienten auf den Pflegestationen in die Erfassung eingeschlossen.

Betroffene Fälle in der Klinik werden erfasst und kategorisiert, um aus den Situationen zu lernen und bei Bedarf präventive Massnahmen zu ergreifen.

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 Implementierung Hygiene-Plattform

In 2025 wird die Hygiene-Applikation der Firma IVF Hartmann implementiert.
Nach den Mindestanforderungen der Strategie NOSO wird die Händehygiene regelmässig überwacht und bestimmte Interventionen zur Prävention der healthcare-assoziierten Infektionen umgesetzt.
Die Plattform ist flexibel einsetzbar und unterstützt Einrichtungen dabei, ihre Infektionspräventionsstrategien gezielt weiterzuentwickeln. Sie fügt sich nahtlos in bestehende Qualitätskonzepte ein, indem sie datenbasierte Entscheidungsgrundlagen liefert und den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) im Bereich der Patientensicherheit stärkt. Damit steht sie im Einklang mit etablierten Qualitätsentwicklungsstrategien in Gesundheitseinrichtungen und leistet einen direkten Beitrag zur Erhöhung der Patientensicherheit. Es finden bereits Beobachtungen statt, ab Q2 2025 werden ausgewählte Hygiene SOP's überprüft.

18.1.3 Optimierung Patientenpfad

Ziel des Projekts ist die Optimierung und Standardisierung des gesamten Patientenpfads – beginnend bei der Erstkonsultation durch die Belegärztin oder den Belegarzt, über den stationären Aufenthalt bis hin zur Nachbetreuung. Durch die Vereinheitlichung zentraler Prozesse entlang des Patientenpfads soll die Qualität der Patienteninformation und -edukation vor, während und nach einem Eingriff nachhaltig verbessert werden. Die Ärztinnen und Ärzte sowie das Case Management spielen bei der Aufklärung der Patientinnen und Patienten zum Eingriff und Aufenthalt eine zentrale Rolle. Durch standardisierte Abläufe und Unterlagen wird die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert und vereinfacht. Ziel ist es den Genesungsverlauf positiv zu beeinflussen und die bisherige Betreuungsqualität bei gleichzeitiger Optimierung der Aufenthaltsdauer zu erhalten. Das Projekt beginnt mit einer umfassenden Ist-/Soll-Analyse der bestehenden Abläufe. Auf dieser Grundlage werden Massnahmen zur Prozessoptimierung abgeleitet und schrittweise implementiert.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 ISO 9001:2015 Rezertifizierung

Die Privatklinik Belair wurde in 2021 nach den internationalen Standards der ISO 9001:2015 zertifiziert und konnte durch den engagierten Einsatz der Mitarbeitenden auch die jährlichen Überwachungsaudits sowie die Rezertifizierung in 2024 erfolgreich umsetzen.

18.2.2 Implementierung Link Nurse

Mit der Einführung und Umsetzung der strukturellen Mindestanforderungen nach der Strategie Noso wurde 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 konnten die neuen Link Nurses in den vorgesehenen Bereichen wie geplant eingesetzt werden.
Bei diesem Projekt stand 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.

18.2.3 Weiterentwicklung IMS (Prozess- & Dokumentenlenkung)

Für das in 2021 integrierte Managementsystem wurden in 2024 Optimierungen hinsichtlich der Effizienz und eine Vereinheitlichung der Prozesslandkarte innerhalb der Gruppe vorgenommen. Es erfolgte die Migration auf ein webbasiertes SaaS-Tool. 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 einheitliche Grafik der Prozesslandkarte erfolgen konnte. Ziel war es, das klinikübergreifende Netzwerk innerhalb des Swiss Medical Network auszubauen, wobei ein feststellbarer Nutzen für die Anwender im Fokus stand.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 DIN EN ISO 9001:2015

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 stellt zudem eine kontinuierliche und nachhaltige Verbesserung des Managementsystems sicher. Im Herbst 2024 wurde die Privatklinik Belair erfolgreich rezertifiziert. Derzeit bereiten wir uns auf das nächste Überwachungsaudit im September 2025 vor, bei welchem das Managementsystem erneut hinsichtlich Entwicklung und 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 und hat innerhalb der Folgejahre alle relevanten Kapitel intern auditiert. In 2025 ist die Rezertifizierung vorgesehen.

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.