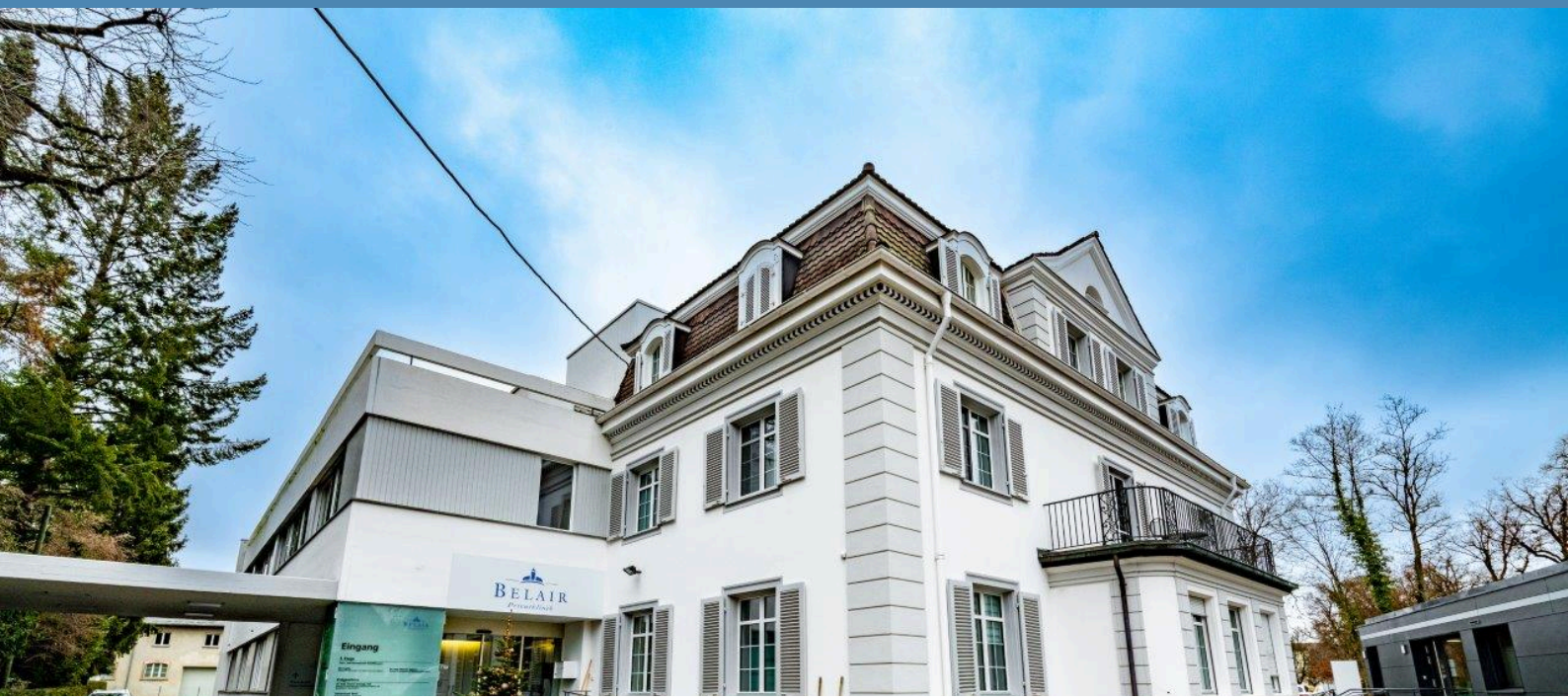
BELAIR
Privatklinik

Qualitätsbericht 2025

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	28.05.2026	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 2025.

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 schweizerische Spital- und Kliniklandschaft ist sehr heterogen, entsprechend unterschiedlich sind auch die Fallzahlen. Werte von Spitälern und Kliniken mit kleinen Fallzahlen sind statistisch weniger robust und mehr von zufälligen Schwankungen betroffen. Auch lassen sich aus den Ergebnissen keine Rückschlüsse auf die Fallschwere der Patientinnen und Patienten und den damit verbundenen Behandlungs- und Ressourcenaufwand der Institutionen ableiten.

In Bezug auf die nationalen Qualitätsmessungen des ANQ ist insbesondere zu erwähnen, dass bei der Publikation der Ergebnisse sorgfältig auf faire Spital- und Klinikvergleiche geachtet wird. Von Spital- oder Klinikranglisten sieht der ANQ entschieden ab. Sämtliche Resultate der Qualitätsmessungen geben nur Teilaspekte der Gesamtqualität eines Spitals oder einer Klinik wieder und jede Methode hat ihre Chancen und Grenzen.
Zudem 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 2025

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 Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Die Informationen hierzu werden auch in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform spitalinfo.ch dargestellt.

Die Qualitätsentwicklung wird von den Spitälern und Kliniken mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen vorangetrieben. Als Basis für die Deklaration und Publikation dient der Qualitätsvertrag gemäss Art. 58a KVG (QV58a). Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – Qualität – Qualitätsvertrag. Die Selbstdeklarationen werden durch die Spitäler und Kliniken mindestens einmal jährlich aktualisiert. Im Qualitätsbericht 2025 sind diese Angaben nun erstmals automatisch integriert und entsprechen dem Stand Ende Jahr 2025.

Die Vorlage zum Qualitätsbericht 2025 umfasst weiterhin die Aktivitätstypen: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. 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.

Um das Ausfüllen der Vorlage zum Qualitätsbericht zu vereinfachen und den Aufwand zu reduzieren, sind unter anderem neu direkte Links zu den Nationalen Messungen und Befragungen (ANQ) auf den jeweiligen Spitalprofilen auf spitalinfo.ch gesetzt worden.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das unermüdliche Engagement, mit dem sie – zusammen mit den breitgefächerten Aktivitäten – weiterhin eine hohe Versorgungsqualität sicherstellen können. Mit 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 2025 10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025 10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten **12**
4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG 12
4.2 Teilnahme an nationalen Messungen 13
4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen 13
4.4 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen 14
4.5 Qualitätsaktivitäten und -projekte 15
4.5.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 22
4.6 Registerübersicht 23
4.7 Zertifizierungsübersicht 23
QUALITÄTSMESSUNGEN **24**
Erhebung der Patientenerfahrung **25**
5 Patientenerfahrung **25**
5.1 Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik 25
5.2 Eigene Befragung 26
5.2.1 Patientenbefragung stationär: Ihre Meinung ist uns wichtig! 26
5.3 Beschwerdemanagement 26
6 Patientenerfahrung Kinder, Jugendliche, Eltern
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
7 Mitarbeitendenzufriedenheit **27**
7.1 Eigene Befragung 27
7.1.1 Mitarbeiterbefragung 27
8 Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
Behandlungsqualität **28**
Messungen in der Akutsomatik **28**
9 Wiedereintritte **28**
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen 28
10 Operationen **29**
10.1 Hüft- und Knieprothetik 29
11 Infektionen **30**
11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen 30
12 Stürze **31**
12.1 Eigene Messung 31
12.1.1 Sturzmeldungen intern 31
13 Dekubitus **32**
13.1 Eigene Messungen 32
13.1.1 Dekubitusmeldungen intern 32
Psychiatriespezifische Messungen **0**
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) und Symptombelastung
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
Rehaspezifische Messungen **0**

15 Lebensqualität, Funktions- und Leistungsfähigkeit
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
Weitere Qualitätsaktivitäten 0
16 Weitere Qualitätsmessungen
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.
17 Projekte im Detail 33
17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 33
17.1.1 Ausbau der Klinik 33
17.1.2 Implementierung Hygiene-Plattform 33
17.1.3 Optimierung Patientenpfad 33
17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025 34
17.2.1 Elektronisches Patientenkardex 34
17.2.2 Implementierung Link Nurse 34
17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 34
17.3.1 DIN EN ISO 9001:2015 34
17.3.2 REKOLE® Re-Zertifizierung 34
18 Schlusswort und Ausblick 35
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 36
Akutsomatik 36
Herausgeber 37

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 66 akkreditierten Ärztinnen und Ärzten sowie 80 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, Rheumatologie und Hämatologie.

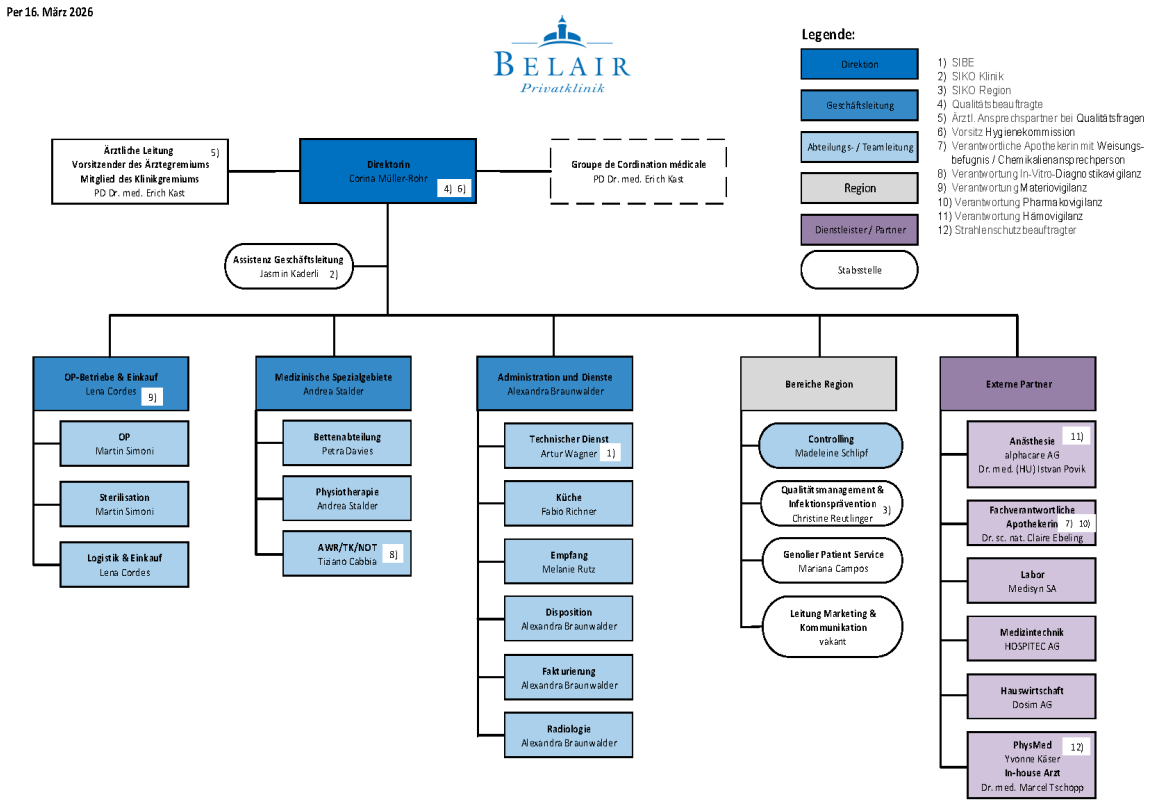
Die Klinik steht auf der Spitalliste des Kantons Schaffhausen. Sowohl ambulant als auch stationär können Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen betreut werden.

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*
- *Planung, Umsetzung und Analyse von Messungen*
- *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 unsere Klinik ein tragendes Element. Die Leitung nimmt ihre Führungsverpflichtung wahr, indem sie sicherstellt, dass die Grundsätze des QMS gefördert und im operativen Alltag angewendet werden. Um dies zu gewährleisten, wird das Qualitätsmanagement nach ISO 9001:2015 und dem damit verbundenen PDCA-Zyklus gelebt.

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 und Angehörige 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.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2025

- *Überwachungsaudit nach ISO 9001:2015*
- *Vereinheitlichung der Patientenzufriedenheitsbefragung*
- *Aufbau Dashboard mit Qualitätskennzahlen und vertieftes Monitoring*
- *Pilotphase Proms-Messung Orthopädie mit neuem Partner*
- *Lancierung verschiedener Aktionen zum Thema Patientensicherheit*
- *Umsetzung Qualitätsverbesserungsmassnahmen nach KVG*

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2025

Bei den jährlich definierten Qualitätszielen berücksichtigen wir nationale und kantonale Vorgaben. Die Anforderungen des Qualitätsvertrags H+ fliessen in die internen Ansprüche und Zielsetzungen ein.

- *Erfolgreiches Überwachungsaudit nach ISO 9001:2015*
- *Implementierung eines gruppenweiten Kennzahlen-Dashboards*
- *Wechsel auf neue Applikation zur Proms-Erfassung*
- *Überarbeitung und Erweiterung des Qualitätskonzepts*
- *Implementierung einer Applikation zum Händehygienemonitoring*
- *Aktualisierung / Fertigstellung des Hygienekonzepts*
- *Umsetzung der definierten Qualitätsverbesserungsmassnahmen*
- *Steigerung der Monitorings zur Umsetzung der Checkliste Sichere Chirurgie*
- *Teilnahme an der Aktionswoche Patientensicherheit Schweiz*

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die kontinuierliche Weiterentwicklung und Ausrichtung auf die Verbesserung der Qualität spielen eine zentrale Rolle.

Wissenstransfer
Mit Hilfe eines überregionalen Austauschs wird das Wissensmanagement vertieft und vorhandenes Know-how langfristig gesichert. Das Schulungsangebot wird durch regelmässige Webinare zu Office-Anwendungen sowie die Erstellung neuer E-Learnings weiter ausgebaut.

Indikations- und Outcomequalität
Im Rahmen der nationalen Patientenzufriedenheitsbefragung im Herbst 2025 wurde eine neue Methodik mit dem differenzierten Fragebogen "Swiss PREMs Acute Care" angewendet. Der Fokus liegt dabei auf der Patientenerfahrung (PREMs).
Mit dem Wechsel auf eine neue Applikation wird die systematische PROMs-Befragung der Patienten mit primären Hüft- und Knieprothesen fortgesetzt und die Analysemöglichkeit der Ergebnisse optimiert. Eine Ausdehnung der Befragung auf weitere Fachgebiete wird in den kommenden Jahren geprüft.

Qualitätsindikatoren
Die stationäre Patientenzufriedenheitsbefragung wurde standardisiert und in ein gruppenweites Dashboard integriert. Die Befragungen werden nun auf den ambulanten Bereich ausgeweitet und sowohl im chirurgischen wie auch im therapeutischen Bereich zum Einsatz kommen.
In interdisziplinären Qualitätsjahresgesprächen werden weitere Kennzahlen analysiert und Verbesserungsmassnahmen festgelegt.

Ausrichtung der Qualitätsverbesserungsmassnahmen auf die Strategie des Bundes
Im Rahmen des nationalen Qualitätsvertrags stehen verschiedene Projekte und Qualitäts-verbesserungsmassnahmen 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 einer kontinuierlichen Verbesserung nachhaltig sicherzustellen. Dafür werden die von einer Fachkommission anerkannten Qualitätsverbesserungsmassnahmen selektiv zur Umsetzung ausgewählt.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Qualitätsentwicklung nach QV Art. 58a KVG

Deklaration und Publikation der Qualitätsentwicklung nach QV Art.58a KVG: Stand Ende Jahr (31.12.2025).

Selbstdeklaration[1]: 14.11.2025		**Externe Überprüfung QV58a KVG[2]**			
		Ergebnis		Prüfstelle	Kommentar Spital
Qualitätsmanagementsystem	✓	kontinuierliche Verbesserung	○○○○○	noch nicht geprüft	
Qualitätskultur	✓	kontinuierliche Verbesserung Betriebsdurchdringung	○○○○○ ○○○○○	noch nicht geprüft	
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Qualitätszirkel	✓				
Patientensicherheit	-	kontinuierliche Verbesserung Betriebsdurchdringung	○○○○○ ○○○○○	noch nicht geprüft	
▪ Checkliste sichere Chirurgie	✓				
▪ Prävention akuter Verwirrtheit	✓				
▪ Sturzprävention	✓				

Erläuterungen

Die Selbstdeklaration (1) erfolgt jährlich. Die Spitäler und Kliniken deklarieren, welche Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) sie umsetzen und welchen Implementierungsstand diese haben. Zudem geben sie auch Auskunft darüber, welchen Implementierungsstand die Qualitätskonzepte pro Handlungsfeld haben: ◌ = in Umsetzung, ✓ = umgesetzt.

Alle Spitäler und Kliniken sollen zudem mindestens alle 8 Jahre an einer externen Überprüfung (2) teilnehmen. Die Auswahl erfolgt sowohl nach Zufallsprinzip als auch aufgrund von ANQ-Messergebnissen. Ergebnisse der externen Überprüfung werden jeweils nur während zwei Jahren nach der Durchführung online publiziert:
Dimension kontinuierliche Verbesserung 1: Fehlende Implementierung / 2: Umsetzungsplan mit angemessenem Zeitplan vorhanden (Plan) /
3: Mindestanforderungen sind implementiert (Do) / 4: Die Wirksamkeit wird überprüft (Check) / 5: Korrekturmassnahmen werden definiert und umgesetzt (Act)

Dimension Betriebsdurchdringung 1: Fehlende Implementierung / 2: Mind. 1 Pilotbereich / 3: Einführung in mind. 50% der Bereiche / 4: Einführung in mind. 75% der Bereiche / 5: Vollständige Einführung

4.2 Teilnahme an nationalen Messungen

Im ANQ sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorinnen- und direktorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen prio.swiss und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen (Outcome) in Spitälern und Kliniken und die vergleichende Ergebnispublikation. Ziel ist es, ein innovatives Leistungsangebot für Mitglieder und die ihnen angeschlossenen Organisationen sicherzustellen, um sie bei ihren Aufgaben zur Etablierung einer wirkungsvollen, patientenorientierten Qualitätsentwicklung zu unterstützen. 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 Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik - Erwachsene
▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen

4.3 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

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

4.4 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:
Patientenerfahrung
▪ Patientenbefragung stationär: Ihre Meinung ist uns wichtig!
Mitarbeitendenzufriedenheit
▪ Mitarbeiterbefragung

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

4.5 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 2028*
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 Patientendokumentationssystem 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, Statusberichte, Schulungsunterlagen*

Implementierung Hygieneplattform

Ziel	*Verbesserung der Adhärenz der Händehygiene und der Hygieneprozesse*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Gesamte Klinik*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*2025-2026*
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 Applikation*

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 Oktober 2026*
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, Analysen, Massnahmenpläne*

PROMs - Patient Reported Outcome Measures

Ziel	*Optimierung der Indikations- und Outcomequalität*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Orthopädie (primäre Knie und Hüft-Prothesen)*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*fortlaufend*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
Begründung	*Sicherstellung des optimalen Nutzens von Interventionen für die Patienten*
Methodik	*Patientenbefragung vor und nach dem Eingriff mittels standardisierten Fragebögen*
Involvierte Berufsgruppen	*Belegärzte Orthopädie, Disposition, Pflege, 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)*

Neustrukturierung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Ziel	*Gewährleistung der Arbeitssicherheit, Reduzierung von Unfällen/Krankheiten bei Mitarbeitenden*
Bereich, in dem das Projekt läuft	*Ganze Klinik*
Projekt: Laufzeit (von…bis)	*2025-2026*
Art des Projekts	*Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.*
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*

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)	*2023-2025*
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*

Bemerkungen

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*

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*

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*

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 (Gruppe) zu Lernzwecken; Dokumentation Verbesserungsmassnahmen, Wirksamkeitsprüfung*
Weiterführende Unterlagen	*Alert-Plattform, Anwenderhandbuch*

Bemerkungen

4.5.1 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 auch gruppenweit einzusehen. Im CIRS-Zirkel der Klinik werden regelmässig Fallbesprechungen durchgeführt und allfällige Massnahmen geprüft oder neu definiert. Nach entsprechender Analyse werden bei Bedarf Optimierungen an Prozessen, Dokumenten und Schnittstellen vorgenommen.

4.6 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*

4.7 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*	*Zwischenjahre: Überwachungsaudits*
REKOLE®	*Betriebliches Rechnungswesen*	*2021*	*2025*	*Zwischenjahre: Interne Audits*

QUALITÄTSMESSUNGEN

Erhebung der Patientenerfahrung

5 Patientenerfahrung

PREMs (Patient Reported Experience Measures) machen die Patientenperspektive sichtbar und zeigen, wie Patientinnen und Patienten die erbrachten Gesundheitsleistungen erleben. Die Befragungsergebnisse bieten den Spitälern und Kliniken eine verlässliche Basis, um Massnahmen zur Qualitätsverbesserung anzustossen, ihre Dienstleistungen weiterzuentwickeln und die Patientenzentriertheit zu stärken.

5.1 Nationale Erhebung Patientenerfahrung (PREMs), Akutsomatik

Seit Herbst 2025 ersetzt der Fragebogen Swiss PREMs Acute Care den bisherigen ANQ-Kurzfragebogen. Beim Swiss PREMs handelt es sich um ein differenziertes Befragungsinstrument zur Erhebung der Patientenerfahrung, das in einem aufwändigen Verfahren ausgewählt, gezielt angepasst und in Pilotmessungen getestet wurde.

Der Swiss PREMs Acute Care fragt folgende relevanten Dimensionen ab: Aufnahme/Eintritt, Information/Kommunikation, Pflegepersonal, Ärzteschaft und andere Mitarbeitende, Einbezug in Entscheidungsprozesse, Organisation/Abläufe und Wartezeiten, Vertrauen/Sicherheit bezüglich Behandlung/Betreuung und Aufenthalt, Medikation, Austrittsmanagement. Befragt werden alle Erwachsenen (≥ 16 Jahre), die das Spital oder die Klinik in einem bestimmten Zeitfenster (Erhebungszeitraum) verlassen.

Die Messung erfolgte erstmals im Herbst 2025 und danach im 2-Jahres-Rhythmus.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse
Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem Webportal des ANQ verfügbar.

Zu den Messergebnissen: Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA

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.

Der Fragebogen wird in digitaler Form an die Patienten verschickt und beinhaltet schwerpunktmässig folgende Kriterien:

- *Information vor Klinikaufenthalt*
- *Empfang durch die Mitarbeiter in der Klinik*
- *Betreuung durch Anästhesie, Ärzte, OP und Physiotherapie*
- *Behandlungsqualität Pflege, Aufwachraum, Radiologie*
- *Schmerzbehandlung*
- *Qualität der Mahlzeiten*
- *Reinigungsservice im Zimmer*
- *Organisation Klinikaustritt*

Die Fragen können auf einer Skala von 1 (ungenügend) bis 5 (sehr gut) und mit Freitext über ein allgemeines Bemerkungsfeld beurteilt werden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Angaben zum untersuchten Kollektiv
Sie richtete sich an alle Patientinnen und Patienten im stationären Bereich.

Messergebnisse
Nach dem Wechsel auf einen gruppenweit harmonisierten Fragebogen und eine interne Applikation im Frühjahr 2025, hat sich die Rücklaufquote deutlich verbessert auf durchschnittlich über 50%. Das neue gemeinsame Dashboard bietet diverse Benchmarkmöglichkeiten innerhalb der Gruppe an.

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	*Digitaler Fragebogen*

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

Die durchgeführte Mitarbeiterbefragung hatte zum Ziel, die Zufriedenheit der Mitarbeitenden systematisch über alle Bereiche der Klinik zu erfassen und Ansatzpunkte für Verbesserungen abzuleiten. Im Rahmen der Befragung wurden insbesondere folgende Themenbereiche berücksichtigt:

- *Zuriedenheit im Team*
- *Arbeitsbedingungen*
- *Zusammenarbeit und Kommunikation*
- *Führungs- und Unternehmenskultur*
- *Arbeitsplatz (Ausstattung, Ergonomie, Arbeitsmittel)*
- *Karriere- und Weiterbildungsmöglichkeiten*
- *Allgemeine Zufriedenheit und Weiterempfehlungsbereitschaft*

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir vom *April* bis *Mai 2025* durchgeführt.

Angaben zum untersuchten Kollektiv
Es wurden sämtliche Mitarbeitende der Klinik in die Befragung eingeschlossen.

Messergebnisse
Die Auswertung zeigt, dass die Themenfelder von den Mitarbeitenden unterschiedlich gewichtet werden. Die höchste Bedeutung wird dem Bereich Team beigemessen, gefolgt von den Arbeitsbedingungen sowie Zusammenarbeit und Kommunikation. Die Themen Führung und Arbeitsplatz weisen eine mittlere Relevanz auf, während Karriere- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Vergleich als weniger wichtig eingeschätzt werden.

Mit der Befragung wird eine strukturierte Auswertung der Mitarbeitendenperspektive ermöglicht, welche die Klinikleitung dabei unterstützt, Entwicklungsschwerpunkte festzulegen und nachhaltig umzusetzen.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	*Digitaler Fragebogen*

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen sind wie folgt definiert:

- akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen
- die während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auftreten
- nicht Bestandteil der bisherigen Behandlung sind
- geplante Rehospitalisationen werden nicht berücksichtigt

Ab dem BFS-Datenjahr 2020 verwendet der ANQ die Methode «Ungeplante Rehospitalisationen – CH Methode». Diese Methode lehnt sich an den Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) an und wurde für die Schweizer Verhältnisse mittels einer Studie angepasst und validiert. Die Unterscheidung zwischen ungeplanten und geplanten Rehospitalisationen erfolgt mittels eines Algorithmus. Der SpiGes Datensatz (ab Daten 2024) dient als Datengrundlage für die Bildung und Auswertung der ungeplanten Rehospitalisationen. Insgesamt werden 13 Indikatoren ausgewertet, für die transparente Publikation eigenen sich nur die folgenden 6 Indikatoren:

- Spitalweite ungeplante Rehospitalisationen
- Chirurgisch-gynäkologische Kohorte
- Kardiorespiratorische Kohorte
- Kardiovaskuläre Kohorte
- Neurologische Kohorte
- Sonstige Kohorte

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmehtode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem Webportal des ANQ verfügbar.

Zu den Messergebnissen: Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

Im Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie werden alle in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein implantierten künstlichen Knie- und Hüftgelenke registriert. Eingeschlossen sind alle Eingriffe mit Totalprothesen und Teilprothesen, jedoch keine Osteosynthesen. Dabei werden nur die Daten von Patientinnen und Patienten erfasst, die ihr schriftliches Einverständnis zur elektronischen Datenverarbeitung im SIRIS Register gegeben haben. Die SIRIS Stiftung führt das Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie im Auftrag des ANQ.

Bei der Auswertung der Registerdaten stehen die sogenannten 2-Jahres-Revisionsraten im Fokus. Die Raten weisen den Anteil an Folgeoperationen (Revisionen) innerhalb von zwei Jahren nach der ersten Implantation aus und werden für bestimmte Zeitintervalle berechnet. Der ANQ publiziert jährlich die risikoadjustierten 2-Jahres-Revisionsraten für Hüft- und Knietotalprothesen bei primärer Arthrose. Die Berichtsperiode der Publikation beinhaltet jeweils die Anzahl der beobachteten Eingriffe über einen Zeitraum von vier Jahren.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmethode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem Webportal des ANQ und www.siris-implant.ch verfügbar.

Zu den Messergebnissen: Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erfassung der postoperativen Wundinfektionen

Bei einer Operation wird die schützende Hautbarriere unterbrochen. Gelangen Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen können das Patientenwohl beeinträchtigen und zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes oder einer Rehospitalisation führen.

Swissnoso führt, im Auftrag des ANQ, Wundinfektionsmessungen nach den folgenden Operationen durch:

- Appendektomie (Blinddarmentfernung)
- Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung)
- Colonchirurgie (Dickdarmchirurgie)
- Rektumoperation (Enddarmoperation)
- Magenbypassoperation
- Sectio caesarea (Kaiserschnitt)
- Hysterektomie (Gebärmutterentfernung)
- Laminektomie mit und ohne Implantat (Wirbelsäulenchirurgie)
- Herzchirurgie
  - Aorto-koronarer Bypass (CABG)
  - Klappenersatz
- Elektive Hüftgelenksprothese
- Elektive Kniegelenksprothese
- Gefässchirurgische Eingriffe an Arterien der unteren Extremitäten (VASCAMI)

Jeder Spital- und Klinikstandort ist verpflichtet, bei Erwachsenen mindestens drei der oben aufgeführten Operationsarten zu überwachen. Die Überwachung von colonchirurgischen Eingriffen (Dickdarmchirurgie) ist für Spitäler mit entsprechendem Angebot verbindlich. Die anderen Eingriffsarten können frei gewählt werden. Bei den gewählten Eingriffsarten ist eine Vollerhebung obligatorisch.

Bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre ist zudem die Erfassung von Appendektomien (Blinddarmentfernungen) obligatorisch.

Der klinische Verlauf wird während und nach dem Spitalaufenthalt systematisch durch medizinische Unterlagen und standardisierte Nachbefragungen verfolgt. Der Beobachtungszeitraum beträgt 30 Tage bei Operationen ohne und 90 Tage bei Operationen mit Fremdmaterial. Die Diagnose erfolgt nach internationalen CDC-Kriterien, die zwischen oberflächlichen und tiefen Infektionen an der Schnittstelle sowie Organ- oder Hohlrauminfektionen unterscheiden.

Messmethode und Interpretation der Ergebnisse

Weiterführende Dokumente zur Messmehtode und zur Interpretation der Ergebnisse sind auf dem Webportal des ANQ und bei Swissnoso verfügbar.

Zu den Messergebnissen: Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA

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

12 Stürze

Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung ab 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 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.

Im Frühjahr 2025 haben 69 Spitäler/Kliniken an der freiwilligen Pilotmessung Sturz und Dekubitus teilgenommen, basierend auf strukturierten KIS-Daten.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie auf dem Webportal des ANQ.

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.

Stürze in der Klinik werden über ein digitales Sturzprotokoll erfasst und in weiterer Folge situations-spezifisch analysiert, um bei Bedarf präventive Massnahmen ableiten zu können.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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.

Messergebnisse

Die Ergebnisse dienen der innerbetrieblichen Qualitätsverbesserung.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	*Sturzprotokoll*

13 Dekubitus

Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung ab 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 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.

Im Frühjahr 2025 haben 69 Spitäler/Kliniken an der freiwilligen Pilotmessung Sturz und Dekubitus teilgenommen, basierend auf strukturierten KIS-Daten.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie auf dem Webportal des ANQ.

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.

Dekubitus-Meldungen werden über ein digitales Meldesystem erfasst und dokumentiert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2025 durchgeführt.

Angaben zum untersuchten Kollektiv
Es wurden alle Patienten auf den Pflegestationen in die Erfassung eingeschlossen.

Messergebnisse
Betroffene Fälle werden kategorisiert und intern ausgewertet, um bei Bedarf präventive Massnahmen ableiten zu können.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	*Digitales Meldeformular*

17 Projekte im Detail

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

17.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

17.1.1 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.

17.1.2 Implementierung Hygiene-Plattform

In 2025 wurde die Hygiene-Applikation der Firma IVF Hartmann implementiert.
Nach den Mindestanforderungen der Strategie NOSO wird die Händehygiene damit 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 über die Applikation statt. Künftig werden darin auch ausgewählte Hygiene SOP's hinterlegt und deren Umsetzung in einer Pilotphase ab 2026 monitorisiert und ausgewertet.

17.1.3 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 begann mit einer umfassenden Ist-/Soll-Analyse der bestehenden Abläufe. Auf dieser Grundlage wurden Massnahmen zur Prozessoptimierung abgeleitet. Die Umsetzung erfolgt schrittweise in 2026.

17.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2025

17.2.1 Elektronisches Patientenkardex

In den Kliniken der Gruppe Swiss Medical Network wird ein elektronisches Patientenkardex eingeführt. Die Implementierung von "ClevEHR" in der Privatklinik Belair erfolgte in Zusammenarbeit mit der Firma Kheops. Nach einem Kick-off-Meeting und diversen Analysen in den verschiedenen Fachbereichen konnte gezielt mit dem Aufbau der Systeminhalte (Schemata und Vorlagen) begonnen werden. Es wurden alle involvierten Berufsgruppen individuell nach ihren Bedürfnissen instruiert und geschult. Mehrere Key-User in der Klinik waren insbesondere bei der praktischen Einführung des Systems unterstützend tätig. Mit der Schaffung einer zukunftsfähigen digitalen Infrastruktur, welche flexibel erweiterbar ist, können die klinischen Prozesse effizienter gestaltet und die Patientensicherheit weiter erhöht werden. Durch die zentrale Verfügbarkeit der Informationen für alle beteiligten Berufsgruppen in Echtzeit werden administrative Abläufe reduziert und die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert.

17.2.2 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 in dieser Richtung weiterentwickelt. Nach einer externen Ausbildung bei H+ Bildung konnten die neuen Link Nurses in den vorgesehenen Bereichen wie geplant eingesetzt werden. Dabei stand vor allem eine systematische Förderung der Infektionsprävention im Mittelpunkt, welche einen wesentlichen Beitrag zur Patientensicherheit leistet. Es werden entsprechende Ressourcen und Methoden eingesetzt, um ein strukturiertes und nachhaltiges Monitoring aufzubauen.

17.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

17.3.1 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 und im Folgejahr fand ein Überwachungsaudit statt. Derzeit bereiten wir uns auf das nächste Überwachungsaudit Ende August 2026 vor, bei welchem das Managementsystem erneut hinsichtlich Entwicklung und Wirksamkeit überprüft wird.

17.3.2 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 und im Berichtsjahr 2025 ein weiteres Mal nach REKOLE® zertifiziert und hat in den Zwischenjahren alle relevanten Kapitel intern auditiert.

18 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

Die Qualitätsmessungen des **ANQ** wurden aufgenommen und sind im Qualitätsbericht beschrieben.

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.