

# Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

29.05.2018  
Marco Gugolz, Regionaldirektor Zürich

Version 1



## 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 2017.

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

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel 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.

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2017

Herr  
Arno Simeon  
Qualitätsverantwortlicher  
+41 43 268 75 03  
[asimeon@klinikbethanien.ch](mailto:asimeon@klinikbethanien.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swisnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	11
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>12</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	16
4.5 Registerübersicht .....	16
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	17
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>18</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>19</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>19</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	19
5.2 Eigene Befragung .....	21
5.2.1 Ihre Meinung ist uns wichtig .....	21
5.2.2 Mecon .....	21
5.3 Beschwerdemanagement .....	21
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Die Befragung wird alle zwei Jahre durchgeführt und findet im 2018 wieder statt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>23</b>
8.1 Eigene Befragung .....	23
8.1.1 Belegarztbefragung .....	23
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>24</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>24</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	24
<b>10 Operationen</b> .....	<b>25</b>
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen .....	25
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>26</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	26
<b>12 Stürze</b> .....	<b>28</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	28
12.2 Eigene Messung .....	29
12.2.1 Eigene Sturzmessung .....	29
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>30</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	30
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	

16	<b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b>	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
17	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b>	<b>32</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	32
18.1.1	Vorbereitung auf ISO-Zertifizierung	32
18.1.2	Chance zur Verbesserung	32
18.1.3	Online Spitalvergleiche	32
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	33
18.2.1	Hompageanpassungen	33
18.2.2	Update Dokumentenmanagementsystem	33
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	33
18.3.1	SLH-Rezertifizierung	33
18.3.2	ISO 9001:2015-Zertifizierung	33
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b>	<b>34</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b>		<b>35</b>
Akutsomatik		35
<b>Anhang 2</b>		
<b>Herausgeber</b>		<b>37</b>

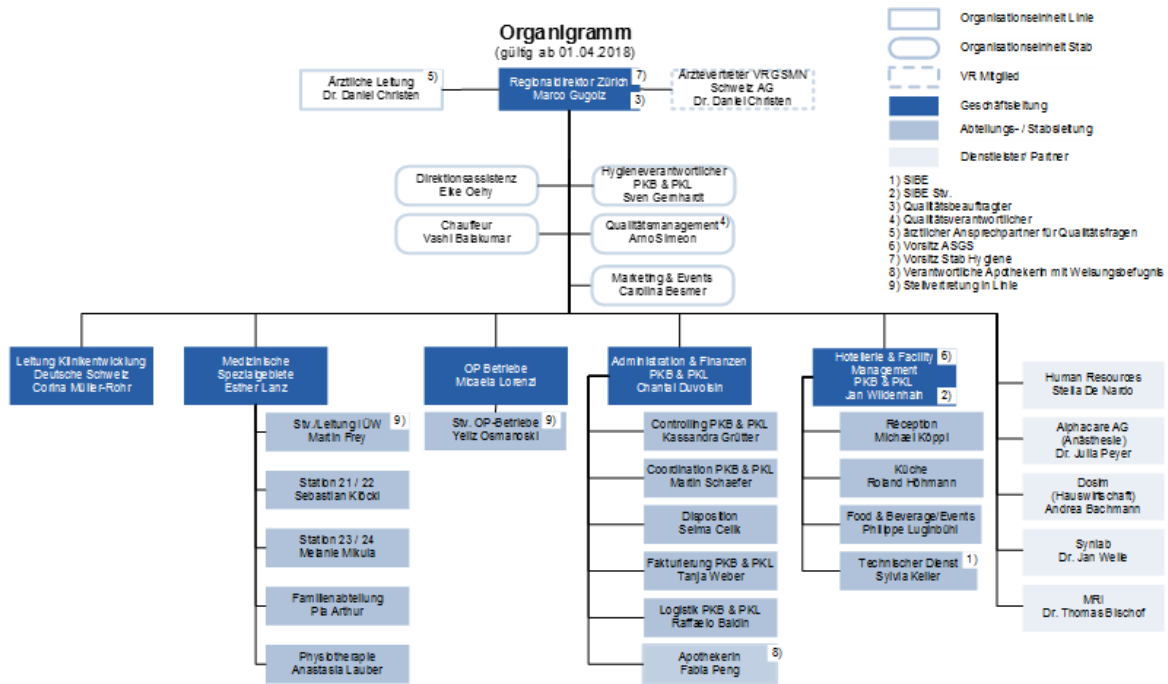
## 1 Einleitung

Die Privatklinik Bethanien liegt an schönster Lage am Zürichberg und verbindet Tradition mit modernster Spitzenmedizin. Mit rund 250 Belegärztinnen und Belegärzten stellt die Privatklinik Bethanien ihren Patientinnen und Patienten ein breites Leistungsangebot zur Verfügung. Von der internistischen Abklärung über die Diagnostik bis zur Chirurgie und Rehabilitation in der klinikinternen Physiotherapie wird der ganze Bereich einer integrierten Versorgung vollumfänglich abgedeckt. Dabei liegt der Schwerpunkt sowohl auf erstklassiger medizinischer Behandlung als auch auf individueller Betreuung in familiärer Atmosphäre. Speziell ausgebildete interdisziplinäre Teams aus Ärztinnen und Ärzten sowie Operations-, Pflegefachkräften sowie Therapeuten stehen rund um die Uhr im Einsatz.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80 - 100%** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Arno Simeon  
 Qualitätsverantwortlicher  
 GSMN Schweiz AG, Privatklinik Bethanien  
 +41 43 268 75 03  
[asimeon@klinikbethanien.ch](mailto:asimeon@klinikbethanien.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Unter Qualitätspolitik verstehen wir die Vorgaben für alle Massnahmen, die nötig sind, die Gedanken des Leitbildes und der Vision umzusetzen.

#### **Patienten**

Im Umgang mit unseren Patienten sind wir respektvoll, zuvorkommend und authentisch. Wir gehen kompetent und individuell auf ihre Bedürfnisse ein.

#### **Ärzte und Partner**

Eine auf Vertrauen basierende Beziehung zu unseren akkreditierten Ärzten und unseren Partnern ist die Grundlage für eine solide Partnerschaft und eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

#### **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

Die fachliche und persönliche Kompetenz der Mitarbeitenden wird ernst genommen. Die persönlichen Fähigkeiten können sach- und fachgerecht eingebracht werden. Durch eine sorgfältige Personalauswahl, regelmässige aufbauende Mitarbeiter-Fördergespräche und gezielte Weiterbildungen schaffen wir die dazu notwendigen Voraussetzungen. Im eigenen Aufgabenbereich darf und muss gemäss bestehender Handlungsrichtlinien eigenverantwortlich gearbeitet werden. Ergänzend dazu wird mit bereichsübergreifenden Sitzungen und Veranstaltungen zu speziellen oder aktuellen Themen die Zusammenarbeit und die gemeinsame Arbeitshaltung im Sinne der Corporate Identity und einer gemeinsamen Leistungskultur unterstützt. Die Zufriedenheit der einzelnen Mitarbeitenden und die Förderung von Talenten ist uns ein zentrales Anliegen. Ein gutes Arbeitsklima soll unsere Fluktuationsanfälligkeit minimieren.

#### **Behörden**

Ein aktiver Dialog zu den Behörden wird gesucht und gepflegt. Es sollen regelmässige Treffen für den Austausch von wichtigen Informationen stattfinden.

#### **Öffentlichkeit**

Mit gezielter schriftlicher Information und mit öffentlichen Anlässen wird der Kontakt zur Öffentlichkeit gepflegt.

#### **Lieferanten**

Wir arbeiten ausschließlich mit zuverlässigen Lieferanten zusammen, deren Produkte von bester Qualität sind. Es wird immer der direkte Dialog mit den Lieferanten gesucht. Die Durchführung von Massnahmen zur Bewertung und Überwachung der Lieferantenleistungen, angefangen bei der Phase der Auswahl in Bezug auf Wettbewerbsvorteile, Servicequalität, eventuelle gemeinsame strategische Weiterentwicklung, wirtschaftliche, soziale und umweltbezogene Nachhaltigkeit auch in der Beziehung mit dem Konzern sind uns wichtig.

#### **Ressourcen**

Die personellen Kapazitäten, die Organisationsstruktur und die Infrastruktur werden regelmässig hinterfragt und bei Bedarf - im Rahmen der Möglichkeiten - angepasst. Wir sind uns bewusst, dass eine gute Arbeitsorganisation und eine verlässliche Leistungskultur die Aufgabenerfüllung erleichtert. Diese wird gepflegt mit der Sensibilisierung für eine konstruktive Zusammenarbeit, mit Wissens- und Erfahrungsaustausch und mit freiwilligen gemeinsamen Aktivitäten. Mit aktiver Prävention bekämpfen wir konsequent Unfälle und andere Arbeitsausfälle.

#### **Qualitätsmanagement**

Wir sind nach den Kriterien von Swiss Leading Hospitals und der international anerkannten Qualitätsnorm ISO 9001:2008 qualifiziert bzw. zertifiziert. Damit stellen wir sicher, dass die von uns zu erbringenden Leistungen transparent, bedarfsgerecht, kompetent und den Ressourcen entsprechend erfüllt werden.



**Verbesserungen**

Die Service-, Organisations- und Medizinqualität wird gemessen und regelmässig besprochen. Notwendige Verbesserungen bzw. korrigierende und vorbeugende Massnahmen werden in einen Massnahmenplan aufgenommen und umgesetzt. Die Mitarbeitenden engagieren sich, die anstehenden Aufgaben zu erfüllen, die Art der Ausführung von Zeit zu Zeit zu hinterfragen und den kontinuierlichen Verbesserungsprozess mit zu gestalten.

**Umweltschutz**

Wir tragen zur Erhaltung unseres Lebensraumes durch verantwortungsvollen Umgang mit Ressourcen bei. Als Teil der Gesellschaft handeln wir im Bewusstsein unserer sozialen und öffentlichen Verantwortung.

**Sicherheit**

Jeder Mitarbeiter ist dafür verantwortlich, ein sicheres und unfallfreies Umfeld für Patienten, Ärzte und Mitarbeitende zu schaffen. Evakuierungspläne, Verhalten bei Feuersalarm und in anderen Not- und Gefahrensituationen sind jedem Mitarbeitenden bekannt.

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

**3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017****Update und Verbesserung Qualitätsmanagementsystem**

Im Frühling wurde vom Qualitätsmanagement und Dokumentenlenkungssystem ein Update auf die neuste Version vorgenommen. Dies war von zentraler Bedeutung, da die Handhabung für die Mitarbeitenden einfacher wurde. Ausserdem stehen durch neuen, verbesserten Strukturen und Suchfunktionen die im Arbeitsalltag benötigten Unterlagen schneller zur Verfügung.

**Audits**

In der Privatklinik Bethanien wurde durch das BAG ein Audit bei der Dosimetrierung durchgeführt. Durch die vom BAG vorgeschlagenen und nachfolgend ausgeführten Massnahmen konnte die Sicherheit der Mitarbeitenden im Bereich OP weiter verbessert werden. Es wurden ausserdem interne Audits durchgeführt. So wurden unter anderem die Bettendisposition, die Qualitätsmanagement-Prozesse sowie der Prozess Ärzte-Akkreditierung geprüft.

**Patientenzufriedenheit**

Die Privatklinik Bethanien legt einen grossen Wert auf die Zufriedenheit der Patienten. Regelmässig finden interne und externe Patientenbefragungen statt. Daraus werden wenn nötig Massnahmen und Handlungsfelder abgeleitet.

**Messgrössen:**

Neben den Zufriedenheits-Befragungen nahm die Privatklinik Bethanien an diversen Qualitätsmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sowie an der Nationalen Erhebung der postoperativen Wundinfekte durch Swissnoso teil. Ebenso werden alle Hüft- und Knieimplantate im Siris-Implantateregister erfasst.

**Ressourcen für das Qualitätsmanagement**

Mitte Jahr wurden die Stellenprozente für den Bereich Qualitätsmanagement auf 100% erhöht.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

### Zufriedenheits-Messung der Belegärzte

Im Herbst wurden die Belegärzte bezüglich Ihrer Zufriedenheit mit der Privatklinik Bethanien. In einem ausführlichen Fragebogen wurden sie zum Beispiel zum Thema Infrastruktur, Zusammenarbeit, Image, Beurteilung der Pflegequalität der Klinik und weiteren Themen detailliert befragt. Gespickt mit Verbesserungspotential ist das Ergebnis sehr positiv ausgefallen.

### Zufriedenheit der Patienten - interne Befragung

Alle Patienten erhalten am Ende Ihres Aufenthaltes in der Privatklinik Bethanien einen Fragebogen, auf dem sie ihren Aufenthalt bewerten können. Im stationären Bereich würden 98% der Patienten für einen allfälligen weiteren stationären Aufenthalt die Privatklinik Bethanien wählen. Die besten Werte wurden in den Bereichen Qualität der Behandlung sowie der Visiten durch den behandelnden Arzt mit je 90% "sehr gut"-Bewertungen erzielt.

Im ambulanten Bereich kommt ein angepasster Fragebogen zum Einsatz. Hier zeichnet sich jedoch ein ähnlich gutes Bild: sogar 99% der Patienten würden sich wieder für unsere Klinik entscheiden. Die höchsten Zufriedenheits-Werte konnten bei "fortlaufende Information durch die Pflege" mit 94% "sehr gut"-Bewertungen und bei der Betreuung durch das Pflegepersonal, bei dem sogar 98% das Prädikat "sehr gut" abgaben, gemessen werden.

### Zufriedenheit der Patienten - externe Befragung

Auch im Jahr 2017 führte die Privatklinik Bethanien eine Patientenbefragung mit der externen Befragungsstelle mecon durch. Die Befragung dient der Vergleichbarkeit mit den anderen SLH-Kliniken und weiteren Spitälern. Pro Quartal wurden 200 Patientinnen und Patienten befragt. Die Rückmeldungen unserer Patienten sind wichtig und liefern wertvolle Informationen, wie wir den Aufenthalt für unsere Patienten stetig verbessern können.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Ein wichtiger Pfeiler für die Qualitätsentwicklung in der Privatklinik Bethanien (und auch der Privatklinik Lindberg) ist die neu geschaffene regionale Struktur innerhalb von Swiss Medical Network. Da die Privatkliniken Bethanien und Lindberg noch stärker zusammen arbeiten werden, wird die Nutzung von Synergien verstärkt und kann von einander gelernt werden, was die Qualität für unsere Patienten weiter verbessern wird.

Neben den "regionalen Zielen" werden auch weitere Ziele verfolgt:

#### **Förderung der Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitenden**

Die Mitarbeitenden sind ein wertvolles Gut um systematische Fehler und Schwächen in den Prozessen und im Klinik-Alltag aufzudecken. Durch Mitarbeiter-Schulungen zum Thema Qualitätsmanagement wird dieses Potential gefördert und stärker in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess eingebaut.

#### **Aktives Leben des CIRS**

Innerhalb der Klinik soll das CIRS weiterhin aktiv gelebt werden, so dass kritische Ereignisse erfasst und analysiert werden können, um daraus wichtige Erkenntnisse abzuleiten.

#### **Stetige Verbesserung der Patientenzufriedenheit**

Auch in diesem Jahr führt die Privatklinik Bethanien zusammen mit dem externen Partner mecon eine Patientenzufriedenheitsbefragung durch. Zudem wird viel Wert auf die Ergebnisse der internen Feedbackfragebögen gelegt. Kombiniert mit den Verbesserungsvorschlägen und CIRS-Fällen der Mitarbeitenden ist es möglich den Spitalaufenthalt für unsere Patienten weiter zu verbessern.

#### **Durchführung von einer bestimmten Anzahl internen und externen Audits**

Auf die bevorstehenden ISO 9001:2015 Zertifizierung und SLH-Rezertifizierung bereitet sich die Privatklinik Bethanien intensiv vor. Zum einen ist es wichtig, dass die internen Dokumente aktuell gehalten sind und zum anderen werden dank interner und externer Audits auch die internen Prozesse genauer analysiert. Auch in diesem Jahr nimmt sich das interne Auditteam wieder ein Dutzend Prozesse vor.

#### **Erstellen der SLH Excellence Profile**

Nebst dem umfassenden Kriterienkatalog muss ein SLH-Mitglied jährlich auch ein Excellence Profil erarbeiten. Nachdem im vergangenen Jahr das interne Patientenmanagement das Thema war, ist es 2018 Kommunikation mit Patienten und Angehörigen.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ihre Meinung ist uns wichtig</li><li>▪ Mecon</li></ul>
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Belegarztbefragung</li></ul>

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Eigene Sturzmessung</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### ISO 9001:2015 Zertifizierung

<b>Ziel</b>	1. Zertifizierung erfolgreich bestehen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	alle Bereiche
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Start im Herbst 2017, Zertifizierungs-Audit im Herbst 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt (freiwillig)
<b>Methodik</b>	Durch eine erfolgreiche Zertifizierung wird aufgezeigt, dass sich die Privatklinik Bethanien stark mit dem Thema Qualität auseinandersetzt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganze Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Externes Audit
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="https://www.sqs.ch/de/Leistungsangebot/Produkte/Hauptnormen/page42875.aspx?ncode=H.9001_15">https://www.sqs.ch/de/Leistungsangebot/Produkte/Hauptnormen/page42875.aspx?ncode=H.9001_15</a>

##### SLH-Excellence Profil 2018

<b>Ziel</b>	Das Konzept erfüllt die Vorgaben von SLH
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	In allen Bereichen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Februar bis Juli 2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Das jährliche Excellence Profil wird von SLH vorgegeben.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Evaluation nach dem Reifegradmodell – ein stetiges Weiterentwickeln wird vorausgesetzt.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="http://www.slh.ch/de/qualitaet/qualitaetskonzept/">http://www.slh.ch/de/qualitaet/qualitaetskonzept/</a>

## Vorbereitung SLH-Re-Zertifizierung 2018

<b>Ziel</b>	Die SLH-Re-Zertifizierung Ende 2018 erfolgreich bestehen.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	alle Bereiche
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2016-2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt (freiwillig).
<b>Methodik</b>	Mit der erfolgreichen Re-Zertifizierung kann sich die Privatklinik Bethanien weiterhin SLH-Mitglied nennen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Externes Audit durch SLH
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="http://www.slh.ch/de/qualitaet/qualitaetskonzept/">http://www.slh.ch/de/qualitaet/qualitaetskonzept/</a>

## Chance zur Verbesserung

<b>Ziel</b>	Alle Mitarbeitenden erhalten eine Schulung, wie Verbesserungsvorschläge eingegeben werden können.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Mitarbeitenden
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Verbesserung der Qualität und Steigerung der Mitarbeiter- sowie Patientenzufriedenheit.
<b>Methodik</b>	interne Schulung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle

#### 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 ein CIRS im Jahr 2015 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.

#### Bemerkungen

Die Swiss Medical Network - Gruppe hat im Oktober 2016 ein neues CIRS-Tool eingeführt.

Im Jahr 2017 wurden 46 Fälle im monatlich stattfindenden CIRS-Zirkel besprochen und Sofortmassnahmen definiert. Bei allen Fällen handelte es sich um einen leichten oder mittleren Schweregrad.

### 4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	2016



## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
Swiss Leading Hospitals (SLH)	ganze Klinik	2011	2015	

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

#### Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
<b>GSMN Schweiz AG, Privatklinik Bethanien</b>	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.40 (4.29 - 4.51)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.64 (4.52 - 4.75)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.62 (4.52 - 4.73)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.73 (4.59 - 4.87)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.18 (4.04 - 4.31)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	94.90 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert. 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.

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](http://www.anq.ch).

Angaben zur Messung			
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne	
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>	
<b>GSMN Schweiz AG, Privatklinik Bethanien</b>			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	290		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	175	Rücklauf in Prozent	60 %

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Ihre Meinung ist uns wichtig

Eine erstklassige medizinische Betreuung durch unsere Belegärzte und die Pflege steht für uns im Vordergrund. Nicht weniger wichtig sind Wohlfühlaspekte wie der Limousinenservice, das Hotellerieangebot, die Kulinarik und einwandfreie Abläufe vom Eintritt bis zum Austritt

Zur Messung der Zufriedenheit mit diesen Leistungen hat die Privatklinik Bethanien einen internen Patientenfeedbackfragebogen, der über alle Bereiche angewandt wird und Aufschluss zu einzelnen Dienstleistungen gibt.

Die erreichten Werte werden monatlich mit den vorgegebenen Zielwerten verglichen und zusammen mit der Geschäftsleitung analysiert. Wenn nötig werden Massnahmen besprochen und eingeleitet.

Wir sind stolz auf die Tatsache, dass sich nahezu 100% der Patienten wieder für einen Aufenthalt in der Privatklinik Bethanien entscheiden würden. Das reflektiert die konstant hohe Zufriedenheit unserer Patienten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt. Die Befragung fand in der ganzen Klinik statt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Der Qualitätsverantwortliche rapportiert monatlich die Ergebnisse der internen Befragung an die Geschäftsleitung.

### 5.2.2 Mecon

Die Privatklinik Bethanien führt zusammen mit dem unabhängigen Partner mecon eine externe Patientenzufriedenheitsumfrage durch. Dabei werden pro Quartal 200 Patientinnen und Patienten angeschrieben. Aus der Umfrage kann die Klinik wichtige Erkenntnisse gewinnen. Aufgrund des Benchmarkings kann sich die Klinik mit anderen Kliniken und Spitälern messen.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt. Die Befragung wurde in allen Abteilungen durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Der Qualitätsverantwortliche rapportiert die Zahlen und Auswertungen einmal im Monat an der Geschäftsleitungssitzung.

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### **GSMN Schweiz AG, Privatklinik Bethanien**

Beschwerdemanagement

Arno Simeon

Qualitätsverantwortlicher

+41 43 268 75 03

[asimeon@klinikbethanien.ch](mailto:asimeon@klinikbethanien.ch)

Mo - Fr 8:00 - 17:00 Uhr



## 8 Zuweiserzufriedenheit

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

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Belegarztbefragung

Nebst den Patienten wurden im Herbst 2017 auch unser zuweisenden Ärzte durch ein externes Befragungsinstitut zu Themen wie Infrastruktur, Spitalleitung, Anmeldeprozess und Image befragt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat November durchgeführt. Die Befragung über alle Bereiche stattgefunden.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Resultate haben gezeigt, dass sich die Klinik in einigen Fragen verbessert hat. Die gewonnen Erkenntnisse werden umgesetzt.

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse		2013	2014	2015	2016**
<b>GSMN Schweiz AG, Privatklinik Bethanien</b>					
Beobachtete Rate	Intern:	1.15%	1.77%	1.80%	2.15%
	Extern:	0.63%	0.78%	0.53%	37.21%
Erwartete Rate		2.68%	2.55%	2.53%	2.35%
Verhältnis der Raten***		0.66	1	0.92	0.91

\*\* Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

\*\*\* Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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](http://www.anq.ch).

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
<b>GSMN Schweiz AG, Privatklinik Bethanien</b>		
Anzahl auswertbare Austritte:	2882	



## 10 Operationen

### 10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

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

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

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

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse	2013	2014	2015	2016 **
<b>GSMN Schweiz AG, Privatklinik Bethanien</b>				
Beobachtete Rate	1.29%	1.61%	1.33%	1.07%
Erwartete Rate	1.66%	1.58%	1.76%	1.58%
Verhältnis der Raten***	0.78	1.02	0.76	0.68

\*\* Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

\*\*\* Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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](http://www.anq.ch).

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
<b>GSMN Schweiz AG, Privatklinik Bethanien</b>		
Anzahl auswertbare Operationen:	2885	

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Rektumoperationen
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte		adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			adjustierte Infektionsrate % 2015	2016	
<b>GSMN Schweiz AG, Privatklinik Bethanien</b>					
*** Dickdarmoperationen (Colon)	19	0	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Rektumoperationen	10	2	-	-	13.50% (0.00% - 34.70%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte		adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			adjustierte Infektionsrate % 2014	2015	
<b>GSMN Schweiz AG, Privatklinik Bethanien</b>					
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	128	1	-	2.50%	0.80% (0.00% - 2.40%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	219	1	-	0.80%	0.50% (0.00% - 1.50%)

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

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

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

Die Privatklinik Bethanien führt Swissnoso erst wieder seit 1. April 2015. Deshalb können keine Vergleiche mit den Vorjahren vorgenommen werden.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
--------------------------------	-----------

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

#### Messergebnisse

	2015	2016	2017
<b>GSMN Schweiz AG, Privatklinik Bethanien</b>			
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	0	0
In Prozent	0.00%	0.00%	0.00%
Residuum*	0	0	0

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

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

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

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq 18</math> Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>GSMN Schweiz AG, Privatklinik Bethanien</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	26	Anteil in Prozent (Antwortrate)	40.00%

## 12.2 Eigene Messung

### 12.2.1 Eigene Sturzmessung

Die Privatklinik Bethanien hat ein eigenes Sturzprotokoll zur internen Erfassung der Stürze während des gesamten Jahres entwickelt. Dabei werden unter anderem folgende Kriterien erfasst: Zeitpunkt, Ort und Art des Sturzes; Situationsbeschreibung, Sturzfolgen sowie die Sturzauslösende Faktoren.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.  
Die Messung hat in der ganzen Klinik stattgefunden.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Anzahl der Stürze ist sehr tief, so dass eine detaillierte Aufstellung keine Aussage zulässt.

## 13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte		2017	In Prozent
		2015	2016		
<b>GSMN Schweiz AG, Privatklinik Bethanien</b>					
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	1	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4	0	0	0	-

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

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

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

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern).</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>GSMN Schweiz AG, Privatklinik Bethanien</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	26	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	-

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Vorbereitung auf ISO-Zertifizierung

Im September 2018 wird die Privatklinik Bethanien dem ISO 9001:2015-Zertifizierungsaudit unterzogen. Dabei werden alle interne qualitäts- und geschäftsrelevanten Prozesse und Dokumente audiert.

#### 18.1.2 Chance zur Verbesserung

Die Privatklinik Bethanien legt Wert auf reibungslose Abläufe aus Sicht der Patientinnen und Patienten. Der Patient steht im Zentrum und die Klinik richtet die Abläufe an seinen Bedürfnissen aus. Die Leistungen sollen zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Menge und gewünschten Qualität erfolgen.

Doppelspurigkeiten, Fehler oder verschwendete Materialien werden zum Anlass genommen, die Prozesse kritisch zu hinterfragen. Daraus kann sich die Klinik zu einer lernenden Organisation entwickeln und die Abläufe stetig verbessern. Das Resultat ist unvergleichliches Patientenerlebnis auf höchstem Niveau.

An der Basis dieses Prozesses stehen die Mitarbeitenden. Durch das Verbesserungspotential, welches sie täglich im Klinik-Alltag erkennen, werden schliesslich die Steine ins Rollen gebracht und neue Handlungsfelder für Verbesserungen können definiert werden. Alle Mitarbeitenden haben die Möglichkeit, ihr erkanntes Verbesserungspotential zu melden, Durch die Förderung der Chance zur Verbesserung (internes Tool für Verbesserungsvorschläge), welche mit Schulungen und weiteren Aktionen unterstützt wird, kann eine neue Kultur der kontinuierlichen Verbesserung geschaffen werden.

#### 18.1.3 Online Spitalvergleiche

Die Privatklinik Bethanien scheut sich nicht vor Transparenz. In der Hotellerie ist es längst normal, dass Gäste ihre Bewertungen auf Online-Portalen abgeben. Unsere Partner-Klinik Privatklinik Lindberg (Winterthur) führte 2016 zusammen mit comparis.ch für den Fachbereich Orthopädie ein Pilotprojekt durch und liess sich in diesem Bereich als erste Klinik der Schweiz öffentlich bewerten. Die Privatklinik Bethanien möchten von dieser Erfahrung und von der Transparenz profitieren und prüft derzeit ebenfalls den Einstieg auf comparis.ch.



## **18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017**

### **18.2.1 Homepageanpassungen**

Im Zuge der Neugestaltung der Homepage der Klinikgruppe und jeder einzelner Klinik hat die Privatklinik Bethanien ihren Internetauftritt auch im Bereich Qualitätsmanagement aufgefrischt. Im Bereich Qualitätsmanagement finden die Homepagebesucher nun laufend die neusten und wichtigsten Qualitätsprojekte.

### **18.2.2 Update Dokumentenmanagementsystem**

Das bestehende Dokumentenmanagementsystem IQSoft wurde einem kompletten Relaunch unterzogen. Statt wie bis anhin desktoporientiert finden die Mitarbeitende nun alle wichtigen internen Dokumente und Prozesse in einer neuen Weblösung von IQSoft. Nach dem Update wurden die Strukturen im System überdacht und konnten vereinfacht und verbessert werden.

## **18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte**

### **18.3.1 SLH-Rezertifizierung**

Mittlerweile laufen die Vorbereitungen für eine erfolgreiche SLH-Re-Zertifizierung, die im Herbst 2018 über die Bühne gehen wird.

### **18.3.2 ISO 9001:2015-Zertifizierung**

Im Herbst 2018 findet die ISO 9001:2015 Zertifizierung statt. Deshalb wurde 2017 schon mit den Vorbereitungen begonnen und sowohl Prozesse wie auch interne Dokumente aktualisiert.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Die Privatklinik Bethanien blickt auf ein ereignisreiches Jahr mit einigen Anpassungen zurück. Die unzähligen positiven Patientenrückmeldungen geben den Klinikverantwortlichen Recht, 98% aller Patienten würden wieder die Privatklinik Bethanien wählen.

Zusätzlich ist es der Klinikleitung gelungen weitere wichtige Belegärzte als Zuweiser zu gewinnen. Der bevorstehende Anbau am bisherigen Gebäude wird diesbezüglich weitere Möglichkeiten schaffen.

Im Bereich Qualitätsmanagement laufen die Vorbereitungen für die ISO 9001:2015 Zertifizierung sowie die SLH-Re-Zertifizierung auf Hochturen.

## 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

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>
Neurochirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
<b>Hormone (Endokrinologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
<b>Gefässe</b>
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
<b>Urologie</b>

Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>
Thoraxchirurgie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und >= 2000g)
Spezialisierte Geburtshilfe
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und >= 2000g)

## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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