

HIRSLANDEN



KLINIK IM PARK

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

28.05.2019
Stephan Eckhart, Direktor

Version 1



Hirslanden, Klinik Im Park

www.hirslanden.ch/impark



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2018.

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. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2018

Frau
Sandra Maienza
Qualitätsmanagerin
044/209 23 45
sandra.maienza@hirslanden.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualittsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalittskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitler testeten das Interventionsbndel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnotige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benotigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

Die Qualittsberichtsvorlage 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](#)) hnlich 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.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	8
2.1 Organigramm	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	14
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	14
4.5 Registerübersicht	15
4.6 Zertifizierungsübersicht	16
QUALITÄTSMESSUNGEN	17
Befragungen	18
5 Patientenzufriedenheit	18
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	18
5.2 Eigene Befragung	20
5.2.1 Patientenzufriedenheit mit Press Ganey	20
5.3 Beschwerdemanagement	22
6 Angehörigenzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	23
7.1 Eigene Befragung	23
7.1.1 Mitarbeiterbindung mit Gallup (4 Jahres Programm)	23
8 Zuweiserzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	25
9 Wiedereintritte	25
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	25
10 Operationen	26
10.1 Eigene Messung	26
10.1.1 Erhebung potentiell vermeidbarer Re-Operationen	26
11 Infektionen	27
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	27
12 Stürze	29
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	29
13 Wundliegen	31
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	31
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
18	Projekte im Detail	33
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	33
18.1.1	HIT 2020 Rollout	33
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	33
18.2.1	Umbau Wochenbett	33
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	34
18.3.1	Zertifizierungsprojekte	34
19	Schlusswort und Ausblick	35
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	36
	Akutsomatik	36
	Herausgeber	39

1 Einleitung

Unsere Vision

SCHWEIZWEIT VERTRAUEN GENIESSEN UND VOR ORT ERSTE WAHL SEIN

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

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

WIR SIND DIE PRIVATKLINIK AM LINKEN ZÜRICHSEEUFER MIT HOCHSPEZIALISierter MEDIZIN

Die Privé-Klinik am linken Seeufer

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

Vertragsspital

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

Hochspezialisierte Medizin

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

Was ist Qualitätsmanagement?

"Qualität ist optimale Kundenzufriedenheit, bei optimalem Ressourceneinsatz."

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

Das bedeutet zusammenfassend

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

Letztlich zählen nur die guten Ergebnisse

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

Patientensicherheit

Klinisches Risikomanagement

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

Ziel

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

Hauptaufgaben

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

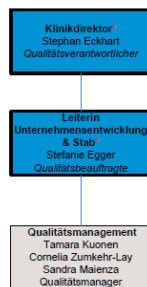
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm Qualitätsmanagement

Gültig ab 01.04.2019



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **150%** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Sandra Maienza
Qualitätsmanagerin
044/2092345
sandra.maienza@hirslanden.ch

Frau Cornelia Zumkehr
Qualitätsmanagerin
044/2092232
cornelia.zumkehr@hirslanden.ch

3 Qualitätsstrategie

Vision

Die Privé-Klinik am linken Seeufer Hirlanden Privé ist nicht einfach ein Standard, sondern eine Haltung. Unsere diskret inszenierten Dienstleistungen übertreffen die Erwartungen anspruchsvoller Gäste. Vertragsspital Als Vertragsspital mit spezialisierter und hochspezialisierter Medizin streben wir danach, alle Anforderungen an ein Listenspital zu erfüllen, um unsere Qualität und Leistungsfähigkeit nach aussen zu dokumentieren. Hochspezialisierte Medizin In den Bereichen der Herz- und Viszeralmedizin bieten wir unseren Patienten herausragende Expertise der Fachärzte, modernste Technologie und multidisziplinäre Behandlungskonzepte und erfüllen die Bedingungen für einen HSM-Leistungsauftrag.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

Aktuell liegt der Fokus der Klinik auf der Umsetzung der Strategie Hirlanden 2020. Diese steht unter dem Motto "Patients first" und stellt somit den Patienten und sein Wohlergehen in den Vordergrund. Das Ziel ist, beste Qualität zu optimierten Kosten zu liefern. Der Patient soll in allen Kliniken der Hirlanden Gruppe eine einzigartige Rundum-Versorgung mit möglichst wenig Reibungs-, Informations- und Zeitverlust erfahren.

Zur Optimierung des bestehenden Geschäfts sollen der Gruppengedanken weiter gestärkt und die Vorteile einer Klinikgruppe gezielt genutzt werden. Das bedeutet: Jeder konzentriert sich auf das, was er am besten kann. Nicht-medizinische Dienstleistungen werden, soweit sinnvoll möglich, zentral erbracht. Die Kliniken fokussieren sich auf ihren Dienst am Patienten und erbringen dort höchste Qualität – im medizinischen Bereich ebenso wie im Service.

Darüber hinaus wird ein nachhaltiges Wachstum angestrebt. Das geschieht zum einen durch die Integration neuer Kliniken in die Gruppe, zum anderen durch die gezielte Entwicklung neuer Geschäftsfelder. Der Fokus liegt hier auf der ambulanten Versorgung. Für Patienten wird so ein einfacher Zugang zu integrierten Versorgungsnetzwerken geschaffen.

Um die Strategie Hirlanden 2020 umzusetzen wurden verschiedene Projekte in der Klinik Hirlanden lanciert. Es wurde z.B. ein neues Prozess- und Dokumentenmanagementsystem eingeführt, welches bis 2020 von allen Kliniken der Hirlandengruppe genutzt werden soll. In diesem Zuge wurden wo möglich Prozesse standardisiert und teilweise zentralisiert. Zudem wurden alle Vorbereitungen getroffen, um 2019 eine neues für alle Kliniken einheitliches Klinikinformationssystem einzuführen.

Des Weiteren unternimmt die Klinik selbstverständlich alle notwendigen Anstrengungen, um den Anforderungen der Gesundheitsdirektion an Listenspitäler gerecht zu werden.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

Die Patientenzufriedenheit hat einen besonders hohen Stellenwert. Neben der nationalen Patientenzufriedenheitsmessung des ANQ hat die Klinik ab April 2017 eine kontinuierliche Messung zur Zufriedenheit der Patienten gestartet. Die Befragung wird zusammen mit dem international renommierten Institut Press Ganey durchgeführt. Dies ermöglicht der Klinik auch einen internationalen Vergleich der Ergebnisse und die Weiterentwicklung anhand von Best Practice Beispielen. Der Ausführliche Fragebogen gibt detaillierte Antworten auf die Qualität der Dienstleistungen innerhalb des Patientenpfades. Diese Datensätze werden systematisch ausgewertet und oder punktuell für spezifische Fragenstellungen herangezogen.

Mitte 2018 wurde die Klinik Im Park erfolgreich nach der ISO-Norm 9001:2015 re-zertifiziert. Das Audit fand zum ersten Mal gleichzeitig für das Corporate Office und die beiden Zürcher Kliniken Hirslanden und Im Park statt. Während insgesamt fünf Tagen fanden am gesamten Platz Zürich 60 Auditsequenzen statt.

Zur Optimierung des bestehenden konnten die ersten Standardisierten Prozesse in der Klinik Im park implementiert werden.

Nicht-medizinische Dienstleistungen werden, soweit sinnvoll möglich, zentral erbracht. Die Kliniken fokussieren sich auf ihren Dienst am Patienten und erbringen dort höchste Qualität – im medizinischen Bereich ebenso wie im Service.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Der Patient der Klinik im Park geniesst die Vorzüge aus bestem Service, exklusivem Ambiente mit attraktiven Dienstleistungen im Sinne des Privé und Préférence Gedanken. Die Patientensicherheit hat höchste Priorität. Die getroffenen Entscheidungen sind stets zum Wohle des Patienten umso seine Erwartungen zu decken und oder zu übertreffen. Das Qualitätsmanagement mit den dazugehörigen Prozessen und Hilfsmitteln dienen dazu die medizinischen Dienstleistungen zur vollsten Zufriedenheit aller beteiligten zu erbringen. Ein weiteres Augenmerk wird auf der verstärkten Etablierung von Indikationsboards sowie der Entwicklung von Instrumenten zum Monitoring der Indikationsqualität liegen.

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.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

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

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patientenzufriedenheit mit Press Ganey
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterbindung mit Gallup (4 Jahres Programm)
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Operationen</i>
▪ Erhebung potentiell vermeidbarer Re-Operationen

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

HIT2020 Rollout

Ziel	Mit HIT2020 wird ein gruppenweites Geschäftsmodell etabliert: einheitliche und vereinfachte Prozesse, ITSysteme
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganze Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016-2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Mit Hirslanden 2020 reagiert die Privatklinikgruppe Hirslanden auf die steigenden und zukünftigen
Methodik	Teil I: Standardisierung und Vereinfachung der administrativen und unterstützenden Prozesse. Teil II:
Involvierte Berufsgruppen	diverse
Evaluation Aktivität / Projekt	Am 1. April 2018 HIT2020 Min eingeführt und damit die Standardisierung und Vereinfachung der administrativen und unterstützenden Prozesse. Dies betrifft hauptsächlich einerseits die Patientenadministration von der Anmeldung bis zur Fakturierung und andererseits der Beschaffungs- und Materialprozess. Im Mai 2019 folgt die Einführung des elektronischen KIS.

Aktionstag Reanimation

Ziel	Sensibilisierung Mitarbeiter um Thema Prozesse Reanimation (medizinisches Personal, sowohl nicht medizinisches Personal)
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	ganze Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	18.09.2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Aktivität internationale Woche Patientensicherheit
Methodik	Kurze Reanimationsschulung bei den Mitarbeitern vor Ort.
Involvierte Berufsgruppen	diverse

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2006 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.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

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

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

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

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/media/report/klinik/2019/hirslanden-klinik-im-park-zurich_fgy6mhJ.pdf abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2017 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2007
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2014
Dialyseregister Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2013
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008
SGHC Register der Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie	Herz- und thorak. Gefässchirurgie	hc ri AG www.sg hc-sscc.ch/ www.hc ri.ch/dienstleistungen/herzchirurgie	2016
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Gesamte Klinik	2006	2014	
EFQM	Ganze Klinik Im Park, Business für Exc.	2006	2016	Stufe Recognized for Excellence 3 Sterne
ISO DIN 9001:2008	Gesamte Klinik	2009	2015	jährliche Aufrechterhaltungs-Audits
Anerkannte Intensivstationen der SGI	Intensivstation	2011	2011	
ISO DIN 9001:2015	Gesamte Klinik	2018	2018	

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 erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
Hirslanden, Klinik Im Park		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.34	4.10 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.63	4.56 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.56	4.51 (0.00 - 0.00)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.59	4.44 (0.00 - 0.00)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.08	4.00 (0.00 - 0.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	94.23	84.68 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		
Anzahl eingetreffener Fragebogen		Rücklauf in Prozent
		41.6 %

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Ergänzend zur ANQ Zufriedenheitsbefragung führt die Klinik Im Park eine kontinuierliche Befragung durch. Die Ergebnisse aus der Befragung werden regelmässig und zeitnah analysiert und entsprechende Massnahmen eingeleitet. Weitere Informationen können dem Qualitätsbericht auf www.hirslanden.ch entnommen werden.

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 (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2017 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenzufriedenheit mit Press Ganey

Press Ganey Seit Frühling 2017 erhebt die Privatklinikgruppe Hirslanden mit Press Ganey neben der Patientenzufriedenheit auch die Patientenerfahrung. Die Erhebung erfolgt ganzjährig, indem jede Patientin und jeder Patient nach einem stationären Austritt den Fragebogen erhält. Die Resultate werden so aussagekräftiger.

Mit Hilfe eines Sets von rund 80 Fragen fragt Hirslanden von der Pflegequalität, über die Betreuung durch die Ärzte bis hin zu Küche und Raumpflege eine Vielzahl an Faktoren ab, die von Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts beobachtet und bewertet werden können.

Dazu dienen unterschiedliche Frageformen. Die HCAHPS-Fragen (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) ermitteln, wie oft eine Patientin oder ein Patient eine Erfahrung machen konnte und die Press Ganey-Fragen, wie die Erfahrung subjektiv beurteilt wird.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Einschlusskriterien:

alle akutstationäre Erwachsenen Patienten (ganzjährig) mit einem
Mindestaufenthalt von 24h
Wohnsitz in der Schweiz und im Ausland

Ausschlusskriterien:

Mehrfachhospitalisation innerhalb 30 Tage
Patienten auf einer Palliative Care / Onkologie

KLINIK IM PARK MESSERGEBNIS

HAUPTINDIKATOREN

BERICHTSZEITRAUM: 01 DEZEMBER 01 DECEMBER 2017 - 30
NOVEMBER 2018



GESAMTERGEBNIS DER KLINIK

87.6 /100

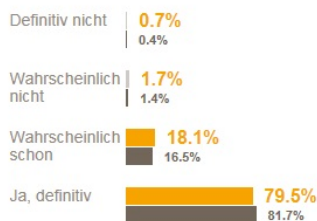
87.4 /100



■ Klinik Im Park
■ Internationaler Benchmark

1946 Antworten

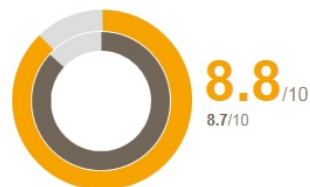
WAHRSCHEINLICHKEIT FÜR EINE WEITEREMPFEHLUNG DER KLINIK



■ Klinik Im Park
■ Internationaler Benchmark

1868 Antworten

BEWERTUNG DER KLINIK



■ Klinik Im Park
■ Internationaler Benchmark

1862 Antworten

KLINIK IM PARK

ARZT

SCORE: 91/100

Internationaler Benchmark: 91/100



Sehr schlecht Schlecht mittelmässig Gut Sehr gut

■ Klinik Im Park
■ Internationaler Benchmark

Antworten: 1928

KLINIK IM PARK

PFLEGEPERSONAL

SCORE: 88/100

Internationaler Benchmark: 88/100



Sehr schlecht Schlecht mittelmässig Gut Sehr gut

■ Klinik Im Park
■ Internationaler Benchmark

Antworten: 1918



Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Press Ganey
Methode / Instrument	Press Ganey

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Hirslanden, Klinik Im Park

Guest Relations

Claudia Weil

Leiterin Guest Relations

044/209 21 41

GuestRelations.Impark@hirslanden.ch

7 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeber und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbindung mit Gallup (4 Jahres Programm)

Vom 13. November bis 3. Dezember 2018 fand zum vierten Mal die gruppenweite Your Voice-Mitarbeiterbefragung in Zusammenarbeit mit der Firma Gallup statt. Die Befragung ist Teil eines „Employee Engagement“-Programms, das Mediclinic Switzerland, Middle East und Southern Africa während vier Jahren einmal pro Jahr gleichzeitig durchführen (2018 wurde entschieden, dass die Zusammenarbeit mit Gallup verlängert wird bzw. dass das Programm fortgesetzt wird). Gallup ist eine der international führenden Firmen im Bereich des Employee Engagements. Die sog. „Q12“, d.h. die von Gallup vorgegebenen 12 Fragen, anhand derer die Mitarbeitenden u.a. befragt werden, sind empirisch überprüft, werden weltweit eingesetzt und können mit verschiedenen anderen Daten (z.B. der Patientensicherheit) in Beziehung gesetzt werden. Ziel des Programms ist es, sowohl die Arbeitszufriedenheit, als auch die Bindung der Mitarbeitenden zu Hirslanden zu stärken. Die Befragung erfolgt vertraulich (zum ersten Mal war die Teilnahme nur Online - via E-Mail-Account - möglich) und ist gegenüber Hirslanden anonym. Hirslanden erhält nur aggregierte Resultate auf Ebene Organisationseinheit, sofern die Beteiligung der Einheit bei mindestens 4 Personen liegt. Die Befragung umfasst insgesamt 26 Fragen, welche auf einer 5-stufigen Skala entsprechend dem Grad der Zustimmung eingeschätzt werden. Zusätzlich zu den zwölf Q-Fragen von Gallup hat Hirslanden und Mediclinic weitere Fragen definiert, die auf allen drei Plattformen eingesetzt werden. Die gesamte Mitarbeiterbefragung wird mittels eines Kommunikationskonzepts auf Gruppen- und Klinik-Ebene begleitet.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 13.11.2018 bis 03.12.2018 durchgeführt.
gesamte Klinik

2017 haben in der Klinik Im Park 511 Mitarbeitende den Fragebogen ausgefüllt, was einer Rücklaufquote von 84% entspricht. Der Gesamtwert der Mitarbeiterbindung lag 2017 bei 4.01 (5er-Skala). 45% (2015 waren es noch 28%) unserer Mitarbeitenden haben eine hohe emotionale Bindung zur Klinik (Ende 2018 konnten wir diesen Wert bereits auf 50% steigern). Mit diesem Wert liegen wir bedeutend über dem Wert des Schweizer Arbeitsmarkts von 16%.

Die Ergebnisse 2017 zeigen auf, dass wir auf Klinik-Ebene weiterhin über eine solide Basis verfügen, da die Mehrheit unserer Mitarbeitenden positiv bewerteten, dass sie wissen, was bei der Arbeit von ihnen erwartet wird und dass sie mit den zur Verfügung gestellten Arbeitsmitteln und Materialien zufrieden sind.

Die Ergebnisse der vierten Umfrage (2018) zeigen weiterhin eine sehr erfreuliche Entwicklung auf – die Resultate sind gegenüber dem Vorjahr noch einmal deutlich gestiegen. Der durchschnittliche Wert für die Mitarbeiterbindung (Engagement Score) hat sich dieses Jahr erfreulicherweise erneut erhöht: es konnte insgesamt ein Anstieg von 4.01 auf 4.06 verzeichnet werden (der Wert für die Mitarbeiterbindung ergibt sich aus dem Durchschnitt der Bewertungen für die ‚Q12-Fragen‘). Die Klinik Im Park konnte sich fast durchgehend (kleiner Rückgang bei Q0, Q2 und Q2) bei allen Fragen verbessern. Auf Klinik-Ebene verfügen wir weiterhin über eine solide Basis. Unsere grössten Potentiale liegen weiterhin bei Ziele/Unternehmensphilosophie (Q8) und Engagement für Qualität (Q9).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Firma Gallup
Methode / Instrument	Firma Gallup

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist 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 und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2016	2017
Hirslanden, Klinik Im Park		
Anteil externer Rehospitalisationen	-	28.99%
Verhältnis der Raten*	0.92	0.97
Anzahl auswertbare Austritte:		5106

* 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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.

10 Operationen

10.1 Eigene Messung

10.1.1 Erhebung potentiell vermeidbarer Re-Operationen

Ziel der Messung ist, potentiell vermeidbare Operationen zu identifizieren und anschliessend zu analysieren, ob Verbesserungen z.B. betreffend des vorherigen chirurgischen Eingriffes oder der Nachbehandlung initiiert werden können, um zukünftig die Anzahl von Re-Operationen zu reduzieren. Eine Operation wird als potentiell vermeidbare Re-Operation angesehen, wenn sie innerhalb des gleichen Aufenthaltes stattfindet, zum Zeitpunkt der ersten Operation nicht geplant war, sich die Operation auf den anatomischen Situs der vorhergehenden Operation bezieht und / oder eine Folge bzw. Komplikation des ersten Eingriffes darstellt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
gesamte Klinik

Die Rate der potentiell vermeidbaren Re-Operationen der Klinik Im Park befindet sich seit Jahren auf einem gleichbleibend niedrigen Niveau von 1.4 bis 2.11%.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

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 und www.swissnoso.ch

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

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2017 – 30. September 2018

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
Hirslanden, Klinik Im Park						
*** Dickdarmoperationen (Colon)	83	3	9.80%	2.90%	7.90%	3.60% (0.80% - 10.20%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Hirslanden, Klinik Im Park						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	90	3	0.00%	0.00%	0.00%	1.10% (0.90% - 1.30%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	76	1	1.20%	1.10%	0.00%	1.30% (0.00% - 7.10%)

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Bei den postoperativen Wundinfektionen sind keine Auffälligkeiten zu beobachten. Hier kann weiterhin ein sehr guter Standard des postoperativen Verlaufs bei den ausgewählten Indikatoroperationen attestiert 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, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2015	2016	2017	2018
Hirslanden, Klinik Im Park				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	3	4	2	1
In Prozent	5.30%	6.00%	3.30%	1.80%
Residuum* (CI** = 95%)		0.42 (0.41 - 1.26)		-0.01 (-0.44 - 0.42)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	56	Anteil in Prozent (Antwortrate)		69.10%

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

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Durch die Einführung der überarbeiteten Sturzprophylaxe Konzeptes z.B. Verzicht/ zurückhaltender Einsatz von Benzodiazepinen (Schlafmittel) konnte die Sturzrate deutlich gesenkt werden.

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

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 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
Hirslanden, Klinik Im Park						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	4	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)		1.52 (0.75 - 2.28)		-0.01 (-0.31 - 0.30)	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018	56	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			69.10%	

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

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

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

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

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	▪ 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). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 HIT 2020 Rollout

Mit HIT2020 wird ein gruppenweites Geschäftsmodell etabliert: einheitliche und vereinfachte Prozesse, IT-Systeme und Organisationsstrukturen.

Zur Optimierung des bestehenden Geschäfts wird der Gruppengedanke weiter gestärkt und die Vorteile einer Klinikgruppe gezielt genutzt. Das bedeutet: Jeder konzentriert sich auf das, was er am besten kann. Nicht-medizinische Dienstleistungen werden, soweit sinnvoll möglich, zentral erbracht. Die Kliniken werden von administrativen Aufgaben entlastet und fokussieren sich auf ihren Dienst am Patienten und erbringen dort höchste Qualität – im medizinischen Bereich ebenso wie im Service. Die Prozesse werden einfacher und dadurch sicherer und die IT-Infrastruktur stabiler. Ein zentraler Teil davon ist die Implementierung eines elektronischen Klinikinformationssystems und damit die Umstellung auf die elektronische Dokumentation der pflegerischen und ärztlichen Prozesse.

Die Standardisierung und Vereinfachung der administrativen und unterstützenden Prozesse in der Patientenadministration, Beschaffung und Logistik sowie in den Finanzen und im HR konnten am 1. April 2018 eingeführt werden. Dazu wurde die IT-Landschaft vereinheitlicht, der Bestellprozess standardisiert und ein einheitliches Patientenmanagement eingeführt. In einem nächsten Schritt werden alle Mitarbeitenden und die gesamte Ärzteschaft im neuen Klinikinformationssystem und den dazugehörigen neuen Prozessen geschult, damit die elektronische Dokumentation der pflegerischen und ärztlichen Prozessen erfolgreich eingeführt werden kann.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Umbau Wochenbett

Bei Umbau der Abteilung für Frau Mutter Kind hat sich die Klinik drei Hauptziele gesetzt:

Die Abteilung Frau-Mutter-Kind soll gegenüber anderen Kliniken konkurrenzfähig sein und den heutigen Bedürfnissen von Wöchnerinnen entsprechen.

Die Neugestaltung der Räume soll auf die Prozesse aller Berufsgruppen angepasst werden.

Der Gebärsaal, der 2012 umgebaut wurde, und die Bettenabteilung sollen wieder eine Einheit bilden.

Diese Ziele konnten alle erreicht werden. Dies dank abteilungsübergreifender Planung und Zusammenarbeit. Alle haben die Erfahrungen von vielen Jahren in das Projekt einfließen lassen. So dass die Klinik Im Park den heutigen Anforderungen der Wöchnerinnen gerecht wird. So konnte mit dem Farbkonzept, den flexibel einrichtbaren Zimmern und der neuen Möglichkeit der Upgrades ein konkurrenzfähiges und attraktives Angebot geschaffen werden.

Der Klinik ist es in erster Linie wichtig, dass sich die Mütter wohlfühlen und genügend Intimität und Geborgenheit erfahren – denn das ist in dieser ersten Zeit nach der Geburt besonders wichtig.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierungsprojekte

Brustzentrum

Vorbereitung Zertifizierung Brustzentrum Klinik Im Park. Das Tumorzentrum vereint Spezialisten aus allen onkologisch tätigen Fachgebieten. Der Aufbau des Tumorzentrums hat zum Ziel, sich nach den strikten Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zu zertifizieren. Durch Erfüllung aller fachlichen Anforderungen kann den Patienten eine qualitativ hochstehende Versorgung garantiert werden.

19 Schlusswort und Ausblick

Das Qualitätsmanagement wird sich im Jahr 2018/2019 auf folgende Schwerpunkte konzentrieren, um die kontinuierliche Verbesserung voranzutreiben und die Patienten- und Mitarbeitersicherheit und Zufriedenheit zu fördern.

- Einführung elektronische Dokumentation
- Förderung prozessorientiertes Denken. Einführung BPMN 2.0
- Kontinuierliche Einführung Prozessmanagement inkl. Prozessmanagementtool
- Weitere Umsetzung Patientensicherheitskonzept
- Vorbereitung Zertifizierung Brustzentrum Klinik Im Park

Ergänzende Informationen zu den Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind im HIRSLANDEN Qualitätsbericht über den Link

<https://www.hirslanden.ch/de/corporate/qualitaet/qualitaet-bei-hirslanden.html>

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Glaskörper/Netzhautprobleme
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)

Gefäßschirurgie intraabdominale Gefäße
Interventionen intraabdominale Gefäße
Gefäßschirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefäße
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)
Herz
Einfache Herzchirurgie
Herzchirurgie und Gefäßeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Koronarchirurgie (CABG)
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Plexuschirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma

Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und $\geq 1250\text{g}$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq 1250\text{g}$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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 (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

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.spitalinfo.ch nahe zu legen.

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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