

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

29.04.2019
Herr PD Dr. med. Dietmar Mauer, Direktor

Version 1

Hirslanden AG, Klinik Hirslanden

www.hirslanden.ch



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
Jessica Leichter
Qualitätsmanagerin
044 387 23 39
Jessica.Lichter@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 Morbitts- 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, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte 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	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
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	11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	12
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	17
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	18
4.5 Registerübersicht	19
4.6 Zertifizierungsübersicht	20
QUALITÄTSMESSUNGEN	21
Befragungen	22
5 Patientenzufriedenheit	22
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	22
5.2 Beschwerdemanagement	23
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	24
7.1 Eigene Befragung	24
7.1.1 Messung der emotionalen Bindung der Mitarbeitenden	24
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	30
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	30
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
17 Weitere Qualitätsmessungen	

	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	32
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	32
18.1.1	HIT2020 Rollout	32
18.1.2	Herzmedizin Hirslanden Zürich	32
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	33
18.2.1	Aloha Baby	33
18.2.2	Interdisziplinäre Indikationsboards	33
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	34
18.3.1	Tumorzentrum Hirslanden Zürich	34
18.3.2	Aufbau Apherese	34
19	Schlusswort und Ausblick	35
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	36
	Akutsomatik	36
	Herausgeber	39

1 Einleitung

Die Klinik Hirslanden ist eine moderne Zürcher Privatklinik und gehört zu Hirslanden, der führenden Privatklinikgruppe der Schweiz. Aktuellste Medizin auf universitärem Niveau sowie die konsequente Patientenorientierung bestimmen hier das tägliche Handeln. Durch eine moderne Infrastruktur und die medizinische Fachkompetenz unserer Ärzte und Mitarbeiter sowie die interdisziplinäre Vernetzung erfahrener Fachärzte und das Wissen spezialisierter Kompetenzzentren wird der Patient ganzheitlich und umfassend betreut.

Die Klinik Hirslanden bietet das ganze Spektrum der modernen medizinischen Versorgung bis hin zur hochspezialisierten Medizin an. Die medizinische Infrastruktur und das breite Behandlungsfeld gewährleisten 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr eine optimale medizinische Betreuung. Durch die Bildung von Kompetenzzentren sowie durch das Belegarztsystem kann ein breites und erstklassiges medizinisches Leistungsspektrum angeboten werden, das auch individuellen Bedürfnissen in jeder Hinsicht entspricht.

Mit rund 500 Ärzten aus sämtlichen medizinischen Fachrichtungen und mehr als 60 Zentren und Instituten kann jederzeit eine erstklassige und umfassende medizinische Versorgung garantiert werden. Durch die medizinische Infrastruktur ist eine umfassende Diagnostik und Versorgung bei Notfällen rund um die Uhr sichergestellt. Die Notfallstation, die Anästhesie und Intensivmedizin, die Pflege, die ständige Präsenz von Fachärzten der Allgemeinen Inneren Medizin, sowie die Radiologie unterstützen eine sichere und interdisziplinäre Behandlung. Hirslanden betreibt zudem eine eigene Clinical Trial Unit (CTU) mit dem Ziel, die Ärzteschaft bei praxisrelevanten Forschungsprojekten zu unterstützen und die Behandlungsqualität stetig zu verbessern. Des Weiteren betreibt die Klinik mehrere Weiterbildungsstätten und ist aktiv in der universitären Lehre.

Das Erbringen von qualitativ hochstehenden Leistungen ist für die Klinik Hirslanden von elementarer Bedeutung. Das Qualitätsmanagement der Klinik unterstützt dieses Ziel und fördert die kontinuierliche Verbesserung. Unter dem Begriff Qualitätsmanagement versteht man allgemein die Gesamtheit aller Aktivitäten und Anstrengungen, die das Erbringen von qualitativ guten Produkten oder, im Falle eines Spitals, guten Dienstleistungen am Patienten und für weitere Kunden wie z.B. den Belegarzt fördern.

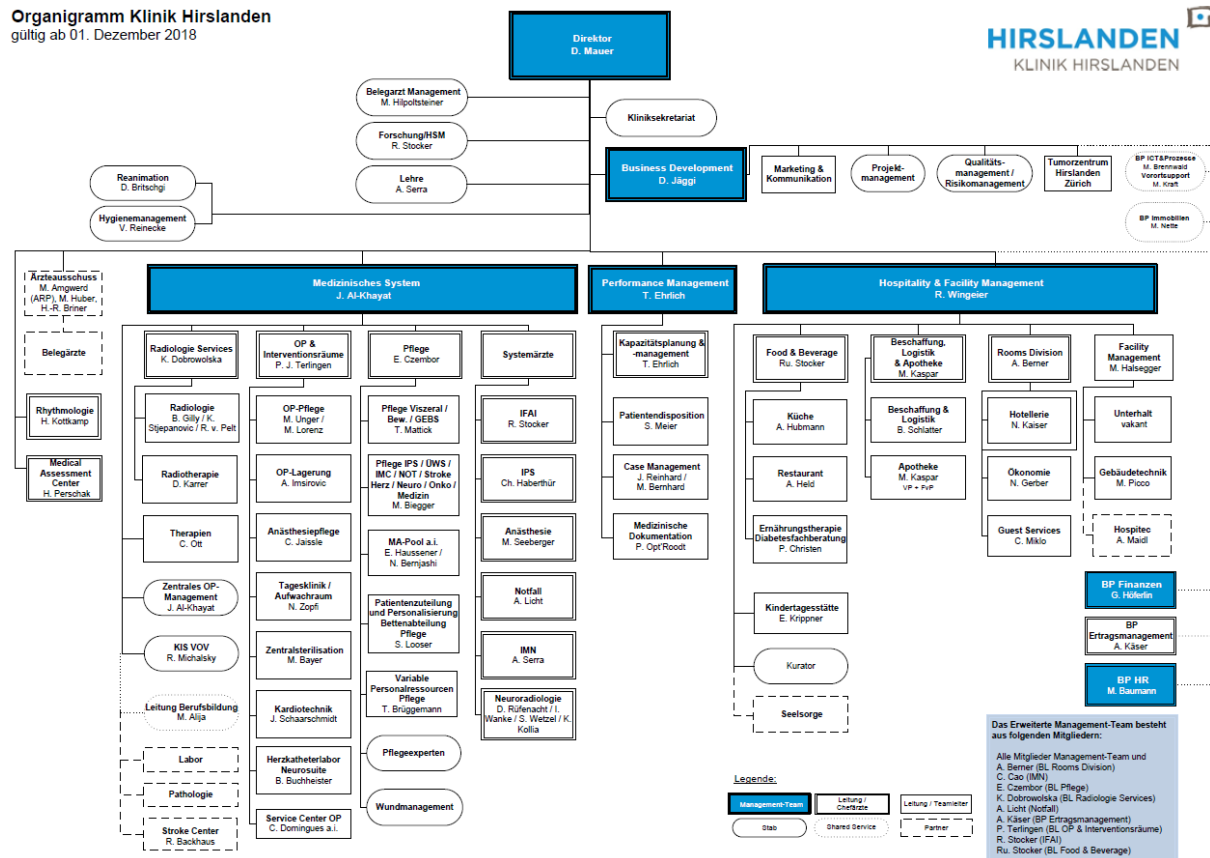
Dabei stellt sich Hirslanden der Qualitätsdiskussion und scheut den Vergleich mit dem Wettbewerb nicht. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, veröffentlicht die Privatklinikgruppe Hirslanden jährlich einen ausführlichen Qualitätsbericht.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm Klinik Hirslanden
gültig ab 01. Dezember 2018



Link zum aktuellen Organigramm der Klinik:

<https://www.hirslanden.ch/de/klinik-hirslanden/klinikportrait/organisation.html>

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion der Bereichsleitung Business Development angegliedert. Diese ist direkt der Direktion unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **300** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Jessica Leichter

Qualitätsmanagerin

044 387 23 39

Jessica.Lichter@hirslanden.ch

Frau Manuela Weinstock

Junior Qualitätsmanagerin

044 387 23 31

Manuela.Weinstock@hirslanden.ch

Frau Ramona Wismer

Assistentin Qualitätsmanagement

044 387 23 89

Ramona.Wismer@hirslanden.ch

3 Qualitätsstrategie

Vision und Strategie der Privatklinikgruppe Hirslanden

SCHWEIZWEIT VERTRAUEN GENIESSEN UND VOR ORT ERSTE WAHL SEIN

Die Privatklinikgruppe Hirslanden geniesst schweizweit Vertrauen, weil sie messbar höchste Qualität erbringt und alle ihre Tätigkeiten konsequent auf die Bedürfnisse ihrer Patienten ausrichtet. Als grösster Anbieter medizinischer Leistungen vereint Hirslanden alle relevanten Fachgebiete und die besten Ärzte unter einem Dach. Hirslanden handelt verantwortungsvoll und nachhaltig. Damit sichert die Privatklinikgruppe Hirslanden langfristig ihr erfolgreiches Wachstum in der Schweiz und trägt dazu bei, dass Mediclinic International weltweit eine Spitzenposition im Gesundheitswesen einnimmt.

Vor Ort ist die Privatklinikgruppe Hirslanden die erste Wahl, weil sie ihre Patienten exzellent betreut, lokal in der Gesellschaft verankert ist und als attraktiver Arbeitgeber qualifizierte und loyale Mitarbeitende fordert und fördert. Hirslanden pflegt ein enges partnerschaftliches Verhältnis zu den Ärzten und unterhält wertvolle Beziehungen zu allen Anspruchsgruppen.

Vision der Klinik Hirslanden

Der Patient steht im Fokus unseres Handelns. Unser oberstes Ziel ist es, jederzeit persönliche und individuelle medizinische Betreuung sowie Serviceleistungen auf höchstem Niveau zu bieten. Dadurch geniessen wir Vertrauen und sind erste Wahl vor Ort.

Qualitätspolitik Hirslanden

Die Qualitätspolitik wird zusammen mit den Kliniken erarbeitet. Sie zeigt die Werte und Ziele des Unternehmens im Zusammenhang mit der Qualität auf:

Patienten, Ärzte, Mitarbeiter und Partner wählen Hirslanden, weil sie vom umfassenden Qualitätsmanagement der Gruppe profitieren wollen.

Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung des strategischen Ziels „Hirslanden positioniert sich als führender Leistungsanbieter im Zusatzversicherungssegment und differenziert sich im Markt über Qualitätsführerschaft“ ausgerichtet.

Hirslanden stellt den Patientennutzen durch eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Leistungserbringung sicher.

Hirslanden setzt ein umfassendes Risikomanagement um, dabei bildet die Patientensicherheit ein wesentliches Kernelement.

Hirslanden 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 Hirslanden 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 Hirslanden Qualitätsentwicklungsplan unterstützt.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

Aktuell liegt der Fokus der Klinik auf der Umsetzung der Strategie Hirslanden 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 Hirslanden 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 Hirslanden 2020 umzusetzen wurden verschiedene Projekte in der Klinik Hirslanden lanciert. Es wurde z.B. ein neues Prozess- und Dokumentenmanagementsystem eingeführt, welches bis 2020 von allen Kliniken der Hirslandengruppe 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

Der Qualitätsfokus und die konsequente Patientenorientierung sind bereits in der Strategie der Klinik Hirslanden verankert. Eines der Hauptanliegen der Klinik ist die stetige Weiterentwicklung der Patientenzufriedenheit und -sicherheit.

Daher geniesst die Messung der Patientenzufriedenheit 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 Hirslanden auch einen internationalen Vergleich seiner Ergebnisse und die Weiterentwicklung anhand von Best Practice Beispielen. Durch die kontinuierliche Erfassung und die zeitnah Bearbeitung von Verbesserungspotentialen befindet sich die Wiederempfehlungsrate der Klinik auf einem erfreulich hohen Niveau.

Um die Patientensicherheit kontinuierlich zu verbessern, wurde der gesamte Meldeprozess innerhalb der Klinik überarbeitet. Hierunter fallen alle Meldungen der Mitarbeitenden bzgl. Beinahe-Ereignissen (CIRS), Vigilanzen, medizinische und pflegerische Meldungen, sowie weitere Ereignisse. All dies kann an einem zentralen Ort gemeldet werden und wird anschliessend systematisch bearbeitet und ausgewertet, um Verbesserungspotentiale zu identifizieren. Bei Bedarf werden, von geschulten Mitarbeitenden, vertiefte Analysen vor Ort vorgenommen.

Weitere wichtige Ziele wurden durch verschiedene erfolgreiche Zertifizierung erreicht.

Das Tumorzentrum Hirslanden Zürich hat das Audit der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) erfolgreich mit der Zertifizierung zum European Cancer Centre abgeschlossen. Mit der Zertifizierung erbringt das Tumorzentrum den Qualitätsnachweis seiner onkologischen Diagnostik und Behandlung für die Patientinnen und Patienten sowie für die Ärztinnen und Ärzte. Die Klinik Hirslanden ist das erste Spital mit Belegarztsystem europaweit, das diese derzeit umfassendste Zertifizierung erreicht hat.

Neben der studentischen Lehre, betätigt sich die Klinik Hirslanden in enger Zusammenarbeit mit den Fachärzten auch in der ärztlichen Weiterbildung. Gesamthaft werden in 13 Weiterbildungsstätten rund 40 Kandidatinnen und Kandidaten ausgebildet. Nach erfolgreicher Visitation durch externe Fachexperten im Jahr 2018, wurden die Weiterbildungsstätten für Chirurgie, Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie bestätigt.

Mitte 2018 wurde die Klinik Hirslanden 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.

Des Weiteren konnte die Zentralsterilisation der Klinik erstmals nach der revidierten ISO-Norm 13485:2016 re-zertifiziert werden.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Klinik Hirslanden strebt sowohl eine Qualitäts- als auch eine Kostenführerschaft an, um somit einen grösstmöglichen Patientennutzen stiften und sich nachhaltig weiterentwickeln zu können.

Eine stetige Optimierung der Patientensicherheit und -zufriedenheit in der Klinik ist somit selbstverständlich auch in Zukunft eines der Hauptanliegen.

Ein weiteres Augenmerk wird auf der verstärkten Etablierung von Indikationsboards sowie der Entwicklung von Instrumenten zum Monitoring der Indikationsqualität liegen.

Im Fokus steht immer der Patient, welchem in der Klinik Hirslanden jederzeit spitzenmedizinische Leistungen nach höchstem Qualitätsstandard sowie ein ausgezeichneter Service mit individueller Betreuung geboten werden. Dies für jeden einzelnen Patienten zu leisten wird auch im kommenden Jahr das Bestreben und der Anspruch der Klinik Hirslanden sein.

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

4.3 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>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Messung der emotionalen Bindung der Mitarbeitenden

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.

Aufbau Apherese

Ziel	Aufbau einer klinikinternen Einheit für Blutstammzellapheresen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Blutstammzelltransplantation
Projekte: Laufzeit (von...bis)	15.01.2018 bis 30.10.2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Damit bei Blutstammzelltransplantationspatienten die ganze Behandlung in der Klinik Hirslanden durchgeführt werden kann, wird eine eigene Aphereseeinheit in der Klinik etabliert. Somit finden alle Teilschritte von Sammlung bis Transplantation, mit Ausnahme der Lagerung der gesammelten Blutstammzellen, in der Klinik Hirslanden statt.
Methodik	Strukturen und Prozesse inkl. aller Richtlinien erstellen. Alle notwendigen Vorbereitungen zur Umsetzung vornehmen.
Involvierte Berufsgruppen	Projektmanagement und Kernteam des med. Programms für Blutstammzelltransplantation (Onkologen, Pflege Onkozentrum, Sekretariat Onkozentrum, Pflegeexperte, Qualitätsmanager, Datamanager, Pflege Bettenabteilung, Intensivmediziner).
Evaluation Aktivität / Projekt	Die erste Apherese fand am 10. September 2018 erfolgreich statt. Im 2018 wurden insgesamt 14 Apheresen bei 11 Patienten durchgeführt.
Weiterführende Unterlagen	--

Ausbau Pharmako- und Tumorgenetik

Ziel	Pharmako- und tumorgenetischen Untersuchungen in den klinischen Alltag transferieren, einen standardisierten Prozess mit definierten Laborpartnern implementieren und das Angebot kommunikativ bekannt machen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Pharmako- und Tumorgenetik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	01.05.2018 bis 30.09.2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Immer mehr Studien belegen die Vorteile von pharmakogenetischen Untersuchungen zu Gunsten von Patientensicherheit und Behandlungsqualität. Zudem wird auch die somatische Tumorgenetik gemäss den Fachexperten im Laufe der nächsten Jahre zum festen Bestandteil der Indikation werden.
Methodik	Implementieren der pharmakogenetischen Abklärungen in konkreten Patientenpfaden in enger Zusammenarbeit mit den Fachärzten. In einem zweiten Schritt wird analysiert, ob die Molekularonkologie noch weiter ausgebaut werden kann.
Involvierte Berufsgruppen	Pharmakologen, Onkologen, behandelnde Fachärzte, Apotheke
Evaluation Aktivität / Projekt	Aufgrund des mangelnden unmittelbaren Nutzens im klinischen Alltag wird das Angebot einer breiten pharmakogenetischen Basisabklärung zurückgestellt. Fokussiert wird auf die indikationsbasierte Verwendung von pharmakogenetischen Tests. Für den regelmässigen Austausch und zur Weiterbildung findet monatlich ein Genomics Board statt.
Weiterführende Unterlagen	--

HIT2020 Rollout

Ziel	Mit HIT2020 wird ein gruppenweites Geschäftsmodell etabliert: einheitliche und vereinfachte Prozesse, IT-Systeme und Organisationsstrukturen. Zur Optimierung des bestehenden Betriebs wird der Gruppengedanke weiter gestärkt.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganze Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	15.11.2016 bis 31.05.2019
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 Anforderungen im Umfeld. Dazu gehören ein sinkender Fallumsatz, die zunehmende Regulierungsdichte sowie auch die Verschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich.
Methodik	Teil I: Standardisierung und Vereinfachung der administrativen und unterstützenden Prozesse. Teil II: Einführung des elektronischen Klinikinformationssystems mit der entsprechenden Schulung aller Mitarbeitenden und der gesamten Ärzteschaft.
Involvierte Berufsgruppen	diverse
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Klinik Hirslanden führte am 1. Oktober 2017 als Pilotklinik die Organisations-Anpassungen nach HIT2020 ein. In einem nächsten Schritt wurde 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.

Herzmedizin Hirslanden Zürich

Ziel	Etablierung einer Qualitäts-Dachstruktur (analog Tumorzentrum Hirslanden Zürich) für die Herzmedizin beider Zürcher Hirslanden-Kliniken.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Herzmedizin
Projekte: Laufzeit (von...bis)	01.04.2018 bis 31.05.2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Die Herzmedizin ist - historisch wie auch aktuell - einer der bedeutendsten Fachbereiche der Kliniken Hirslanden und Im Park. Gleichzeitig legt die Privatklinikgruppe Hirslanden einen strategischen Fokus auf die Qualitätsführerschaft in der medizinischen Leistungserbringung. Die Etablierung der Fachgebietsstruktur Herzmedizin Hirslanden Zürich stärkt die Herzmedizin weiter und schafft die grundlegenden Rahmenbedingungen (Standards) für eine gezielte Qualitätsoffensive.
Methodik	Struktur definieren und Funktionen besetzen. Gemeinsame Standards festlegen und die Interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie das Controlling aufbauen.
Involvierte Berufsgruppen	Herzchirurgen, Kardiologen, Projektmanagement, Direktoren, Boardkoordination
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Grundstruktur und die Zusammenarbeit sind definiert und die einzelnen Rollen zugeteilt. Die Produktivphase mit der Ausarbeitung erster Behandlungskonzepte ist lanciert.
Weiterführende Unterlagen	--

Tumorzentrum Hirslanden Zürich

Ziel	Aufbau eines Tumorzentrums, welches nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert ist.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizinisches System, Ärzteschaft
Projekte: Laufzeit (von...bis)	15.07.2016 bis 31.12.2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Durch Erfüllung verschiedener fachlicher Anforderungen soll den Patienten mit einer Krebserkrankung die bestmögliche Diagnostik, Therapie und Nachsorge angeboten werden.
Methodik	Festlegen der erforderlichen Prozesse und Patientenpfade, Tumordokumentation, Probeaudit und Audit durchführen, Zertifizierung.
Involvierte Berufsgruppen	Projektmanagement, Qualitätsmanagement, Kommunikation, Medizincontrolling, Datamanagement, Ärzteschaft, Pflege, Therapie und Beratung.
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Tumorzentrum Hirslanden Zürich ist seit Mitte Nov 2018 ein nach DKG zertifiziertes European Cancer Centre mit folgenden Zentren: Prostatakrebszentrum, Brustkrebszentrum, Darmkrebszentrum, Leukämie- und Lymphomzentrum und Uroonkologisches Zentrum. Der Aufbau weiterer Krebszentren befindet sich in Prüfung.
Weiterführende Unterlagen	--

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/qr/applet/2575c3c207f2eb87588267fff86d4374b6cfa9c9/> 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	2014
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
Infreporting MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	-
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2009
MitraSwiss Register Erfassung von allen Patienten mit einer perkutanen Mitralklappen Behandlung mittels MitraClip.	Kardiologie	Cardiocentro Ticino Lugano on behalf of the MitraSwiss Investigators www.mitra-swiss.ch	2014
SGHC Register der Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie	Herz- und thorak. Gefässchirurgie	hcric AG www.sghe-sscc.ch/ www.hcri.ch/dienstleistungen/herzchirurgie	-
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2011

Swiss TAVI Registry Nationales Register zur Erfassung von Erwachsenen die eine Transkatheter-Aortenklappenimplantation erhielten	Herz- und thorak. Gefässchirurgie, Kardiologie	Universitätsspital Bern, Inselspital, Abteilung für Kardiologie www.swisstaviregistry.ch	2014
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2018

Bemerkungen

Zusätzlich nimmt die Klinik Hirslanden an folgenden Registern teil.

Swiss Stroke Registry (Neurologie)

EBMT-Register (Blutstammzelltransplantation)

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
EN ISO 9001:2015	Ganzer Betrieb	2018	2015	zuvor zertifiziert nach ISO 9001:2008
EN ISO 13485:2016 ISO 17665-1:2006	Zentralsterilisation	2018	2015	zuvor zertifiziert nach ISO 13485:2012

Bemerkungen

Neben den oben erwähnten Zertifikaten des Qualitätsmanagementsystems verfügt die Klinik selbstverständlich noch über viele weitere Zertifikate z.B. von medizinischen Fachgesellschaften. Auf eine vollständige Aufzählung aller Zertifikate wird in diesem Rahmen verzichtet.

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 AG, Klinik Hirslanden		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.34	4.26 (4.28 - 4.40)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.65	4.64 (4.58 - 4.71)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.61	4.61 (4.55 - 4.67)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.47	4.54 (4.39 - 4.55)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.02	3.99 (3.95 - 4.10)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	92.00	90.80 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		816
Anzahl eingetreffener Fragebogen	339	Rücklauf in Prozent 42 %

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/.

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 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Hirslanden AG, Klinik Hirslanden

Guest Relations

Corine Miklo

Abteilungsleitung Guest Services

044 387 35 87

GuestRelations.Hirslanden@hirslanden.ch

Mo - Fr 08.00 bis 17.00 Uhr

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 Messung der emotionalen Bindung der Mitarbeitenden

Im Jahr 2018 führte die Klinik zum vierten Mal eine Mitarbeiterbefragung mit einem von Gallup entwickelten Tool durch. Gallup ist eines der führenden Markt- und Meinungsforschungsinstitute mit globaler Reichweite, welches Führungskräfte dabei unterstützt weiche Faktoren zu messen und zu managen. Die Klinik hat eine Messung genutzt, mit welcher die emotionale Mitarbeiterbindung, das Employee Engagement, gemessen werden kann. Die Gallup Fragen erfassen Aspekte am Arbeitsplatz, die nachweislich mit den wichtigsten Unternehmenskennzahlen in Verbindung stehen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt.

Die Befragung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Gallup
Methode / Instrument	Your Voice Fragebogen

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)	2014	2015	2016	2017
Hirslanden AG, Klinik Hirslanden				
Verhältnis der Raten*	0.78	0.91	0.58	0.86
Anzahl auswertbare Austritte:				14637

* 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.
Die Messung umfasste alle Bereiche der Klinik Hirslanden.

Die Rate der potentiell vermeidbaren Re-Operationen der Klinik Hirslanden befindet sich seit Jahren auf einen gleichbleibend niedrigen Niveau von 1.5 bis 2.5%.

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)
- Magenbypassoperationen
- Gebärmutterentfernungen (abdominal)

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 AG, Klinik Hirslanden						
*** Dickdarmoperationen (Colon)	102	14	11.01%	6.30%	16.10%	13.73% (7.70% - 22.00%)
Magenbypassoperationen	145	9	6.41%	4.70%	4.14%	6.21% (2.90% - 11.50%)
Gebärmutterentfernungen (abdominal)	93	1	-	0.00%	2.80%	1.08% (0.00% - 5.80%)

* 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

Die Infektraten der Klinik Hirslanden liegen bei den Colon-Operationen im Mittelfeld, bei den abdominalen Hysterektomien mit einer oberflächlichen Wundinfektion unter dem Durchschnitt und bei den Magenbypass-Operationen über dem Durchschnitt. Hierbei ist zu beachten, dass es sich bei insgesamt 9 Infektionen um 5 oberflächliche Wundinfektionen handelt. Die erhöhte Rate wurde schon in der vorherigen Periode analysiert und wird von allen beteiligten Berufsgruppen weiterhin beobachtet.

Zur Qualitätssicherung werden die Prozesse im OP-Bereich regelmässig von internen und externen Auditoren überprüft.

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 AG, Klinik Hirslanden				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	3	4	1
In Prozent	0.50%	2.20%	2.40%	0.50%
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	231	Anteil in Prozent (Antwortrate)		97.50%

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/.

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 AG, Klinik Hirslanden						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	1	0	2	1	0.40%
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018	231	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			97.50%	

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 Erwachsenenspitals 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 HIT2020 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.

Aufgeteilt in separaten Teilprojekten wurden je Bereich die bestehenden Prozesse und Strukturen analysiert. Zusammen mit Fachexperten und Fachverantwortlichen wurden in einem nächsten Schritt die nötigen Veränderungen aufgegleist, um die neuen, einheitlichen und vereinfachten Prozesse umzusetzen. Zum einen waren prozessuale und organisatorische und zum anderen bauliche und ICT-infrastrukturelle-Anpassungen nötig, um die Klinik in einem ersten Schritt auf die Einführung von HIT2020 MIN im April 2018 vorzubereiten und in einem zweiten Schritt auf die Einführung von HIT2020 MAX im Mai 2019.

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 ab Mai 2019 HIT2020 MAX und damit die elektronische Dokumentation der pflegerischen und ärztlichen Prozessen erfolgreich eingeführt werden kann.

18.1.2 Herzmedizin Hirslanden Zürich

Etablierung einer Qualitäts-Dachstruktur (analog Tumorzentrum Hirslanden Zürich) für die Herzmedizin beider Zürcher Hirslanden-Kliniken.

Eine Fachgebietsstruktur umfasst unterschiedliche Basis-Elemente: Definition und Besetzung von zentrumsunabhängigen Gremien und Funktionen. Erarbeitung von in der Fachgebietsstruktur gültigen Qualitätskonzepten bzw. Patientenpfaden. Etablierung der standardisierten interdisziplinären Zusammenarbeit (inkl. Indikationsboards). Standardisierte Datenerhebung und Registerführung und regelmässiges Kennzahlen-Controlling.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Aloha Baby

Ziel des Projektes war es, eine Qualitätssteigerung durch Anpassung der organisatorischen Strukturen zu generieren und dadurch die Geburtshilfe der Klinik zu stärken. Hierfür wurden die aktuellen Prozesse analysiert, Optimierungsmassnahmen abgeleitet und fortlaufend umgesetzt.

Durch das Umsetzen verschiedenster Massnahmen konnte die Geburtenabteilung gestärkt und wichtige und notwendige Schritte zur Qualitätsverbesserung getan werden. Einige Beispiele umgesetzter Massnahmen sind:

- Zur Erhöhung der Qualität und Kontinuität der Betreuung der Wöchnerinnen und deren Neugeborenen wurde die **Bettenplanung auf den Stationen** angepasst. Für die überwachungspflichtigen Neugeborenen wie auch für die kinderärztlichen Untersuchungen wurde ein separates Zimmer auf der Geburtenabteilung eingerichtet, welches den Eltern von überwachungspflichtigen Neugeborenen viel mehr Platz und mehr Privatsphäre bietet.
- Schwangere mit anästhesierelevanten Risikofaktoren werden frühzeitig zur **vorgeburtlichen anästhesiologischen Sprechstunde** aufgeboten.
- Das **Bonding** zwischen Mutter und Kind während der verbleibenden Zeit der Sectio wird ermöglicht und sehr geschätzt.
- Das **Remifentanyl-PCA** wurde in das Schmerzbehandlungssortiment während der Geburt aufgenommen.
- Einführung eines garantierten **Zimmerupgrades** für halbprivatversicherte Wöchnerinnen. Zudem wurden die Preise bei einem Versicherungsklassenwechsel angepasst und der Hotelleriestandard für zusatzversicherte Wöchnerinnen weiter ausgebaut.
- Der **Informationsabend «Erlebnis Geburt»** wurde neu gestaltet.
- Eine neue **Führungsstruktur mit einer übergeordneten Leitung** wurde eingeführt. Durch die zusätzlich geschaffene Stelle einer Disponentin können die Mitarbeitenden im Gebärsaal und auf der Bettenstation von administrativen Arbeiten entlastet werden.

18.2.2 Interdisziplinäre Indikationsboards

Das Qualitätsprojekt hatte zum Ziel, die Qualität der Interdisziplinären Indikationsboard durch die Implementierung eines Minimalstandards zu optimieren, administrative Doppelspurigkeiten zu minimieren und die Rücküberführung in die Linienorganisation durchzuführen. Damit soll langfristig sichergestellt werden, dass die Indikationsboards gemäss den kantonalen bzw. nationalen Anforderungen (Spitalliste, HSM, Zertifizierungen) durchgeführt werden und ein entsprechendes Monitoring vorhanden ist.

Die aus dem Hirslanden Gruppenkonzept abgeleiteten Minimalstandards wurden schrittweise in allen Indikationsboards implementiert und umfassen Regelungen bezüglich Ablauf, vorzustellenden Patienten, Indikatoren für die Qualitätsmessung, eine klare Rollenverteilung wie auch die Einführung eines einheitlichen IT-Tools. Die zentrale und einheitliche Leistungsabrechnung wurde boardübergreifend eingeführt.

Die neuen Strukturen haben sich gut eingespielt und die interdisziplinäre Fallbesprechung hat sich in vielen Fachbereichen etabliert. Durch das etablierte Controlling wird die Qualität der Boards regelmässig überprüft und verbessert. Die neu geschaffene Stelle des Koordinators Med. Boards stellt die Betreuung, die Weiterentwicklung, die einheitliche Abrechnung und den Aufbau weiterer Boards nach definiertem Minimalstandard sicher.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Tumorzentrum Hirslanden Zürich

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. In einer ersten Zertifizierungsphase wurden das Prostatakrebszentrum und das Brustkrebszentrum aufgebaut und zertifiziert. In der zweiten Phase folgten das Darmkrebszentrum, das Leukämie- und Lymphomzentrum und das Uroonkologische Zentrum. Das Tumorzentrum Hirslanden Zürich vereint als Dachorganisation all diese Organkrebszentren und ist seit Mitte November 2018 ein nach DKG zertifiziertes **European Cancer Centre**.

Für den Aufbau, die Durchführung der Zertifizierung und deren Erhalt ist die geschaffene Administrationsstelle des Tumorzentrums zuständig. Sie unterstützt, bearbeitet und überprüft übergeordnete Organisationsstrukturen und -prozesse.

Die Herausforderung im Projekt ist es, die grosse Anzahl von interessierten Parteien und involvierten Fachgebieten einzubeziehen und in Handlung zu bringen. Durch enge Zusammenarbeit in definierten Gremien von Fachverantwortlichen und einer regelmässigen adressatengerechten Kommunikation wird dieser Herausforderung begegnet.

Die Bildung weiterer Organkrebszentren befindet sich in Prüfung, parallel dazu wird die Übergabe des Projektes in die Linienorganisation vorgenommen.

18.3.2 Aufbau Apherese

Zum Erhalt des Leistungsauftrages der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ist die Akkreditierung durch JACIE, einer international Fachgesellschaft, gefordert. Die Klinik Hirslanden ist seit dem 28. Juni 2017 vom «Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT» (JACIE) nach ihren europaweit gültigen Standards akkreditiert. Damit gehört die autologe Blutstammzelltransplantation an der Klinik Hirslanden zu den ausgewählten Zentren in der Schweiz als auch in Europa, die die umfassenden und strengen Kriterien von JACIE erfüllen. Zur Sicherung und zum Nachweis der Qualität aller Prozesse im Medizinischen Programm werden diese Audits in regelmässigen Abständen durch JACIE durchgeführt.

Mit dem Aufbau der Blutstammzellapherese ist die Zertifizierung der neuen Einheit durch JACIE erforderlich.

Für die Vorbereitung und Durchführung der Zertifizierung ist das Projektmanagement der Klinik zuständig.

Das Audit zur Akkreditierung der Blutstammzellapherese wird voraussichtlich im Sommer 2019 stattfinden.

19 Schlusswort und Ausblick

Auch in dem vergangenen Jahr ist es der Klinik Hirslanden gelungen, medizinische Leistungen auf höchstem Niveau zu erbringen, welche im Einklang mit dem Businessmodell und der Klinik Vision stehen. Hochstehende, spezialisierte Medizin in praktisch allen medizinischen Fachgebieten wird durch die belegärztlichen Kompetenzzentren erbracht, während eine breite Basismedizin mit Fokus auf Patientensicherheit durch die Klinik-Bereiche des Medizinischen Systems sichergestellt wird. Das Ganze wird verbunden mit erstklassigen Serviceleistungen.

Die langfristige Strategie der Klinik beruht auf dem Ausbau der hochspezialisierten Medizin (HSM). In vielen dieser Bereiche hat die Klinik Hirslanden bereits jetzt die Kompetenz von Universitätsspitalen.

Durch die Kombination von erfahrenen Fachärzten, zukunftsorientierten Technologien, sowie dem ausgezeichneten Service mit individueller Betreuung und privatem Ambiente, setzt die Klinik Hirslanden weiterhin höchste Qualitätsstandards und bietet ihren Patienten raschen Zugang zu spitzenmedizinischen Leistungen.

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)
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
Spinale Neurochirurgie
Periphere Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Strabologie
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie

Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Gefässchirurgie 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)
Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta
Offene Eingriffe an der Aortenklappe
Offene Eingriffe an der Mitralklappe
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)
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)

Pneumologie
Polysomnographie
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
Plexuschirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und $\geq 2000\text{g}$)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq 1250\text{g}$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin

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**).