



# Qualitätsbericht 2021

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

23.09.2022  
Urs Schenker, Delegierter

Version 1



**KLINIK BETHESDA,  
Neurorehabilitation, Parkinson-  
Zentrum, Epileptologie**



**Rehabilitation**

## 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 2021.

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 2021

Herr  
Matthias Bschiepfer  
Leiter QRM  
032 338 44 70  
[bschleipfer.m@klinik-bethesda.ch](mailto:bschleipfer.m@klinik-bethesda.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitatsgeschehen

Mit grossem Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen mit der H+ Qualitatsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) bertragen werden können.

2021 war aufgrund der andauernden Covid-19-Pandemie wiederum ein forderndes Jahr für die Schweizer Spitäler und Kliniken und ihr Personal. Zur Entlastung der Institutionen wurde die Messung der postoperativen Wundinfektionen von Swissnoso zeitweise erneut unterbrochen. Zum zweiten Mal in Folge wurde zudem entschieden, die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen; auch fanden keine IQM Peer Reviews statt.

Im Qualitatsumfeld der Spitäler und Kliniken tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft trat. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+, die Verbände der Krankenversicherer santsuisse und curafutura sowie die Medizinal-Tarifkommission MTK ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Daraus resultierte ein Qualitatsvertrag, welcher dem Konzept die nötige Verbindlichkeit verleiht. Die Ergebnisse der neuen Vorgaben sollen zukünftig auf der Plattform [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) publiziert und in den H+ Qualitätsbericht integriert werden. Ein entsprechendes Publikationskonzept liegt vor.

Weiter wurde 2021 der Vorstoss von Ruth Humbel angenommen, welcher einen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz für Leistungserbringer und deren Mitarbeitenden bei Lernsystemen vorsieht. Der Vorstoss legt die gesetzliche Grundlage für eine offene Fehler- und Sicherheitskultur in den Spitälern.

Ein wichtiger Meilenstein wurde auch im nationalen Projekt «Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie» der Allianz Peer Review CH erreicht. Die in den letzten drei Jahren erarbeiteten Umsetzungsvorschläge konnten in einigen Kliniken erfolgreich erprobt werden. Die Bereitschaft der Fachpersonen und entsprechende Schutzmassnahmen in den Institutionen ermöglichten es, vier Pilot-Reviews in der Psychiatrie durchzuführen.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifische Ergebnisse. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erlauerungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten transparent und umfassend auf, damit ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021 .....	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	8
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>9</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	9
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	14
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	14
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>15</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>16</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>16</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	16
5.2 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation .....	17
5.3 Eigene Befragung .....	18
5.3.1 Patientenzufriedenheit .....	18
5.4 Beschwerdemanagement .....	18
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>19</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>19</b>
9.1 Eigene Messung .....	19
9.1.1 Opale Wiedereintrittserfassung .....	19
<b>10 Operationen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>20</b>
11.1 Eigene Messung .....	20
11.1.1 Meldeportal Isolationen .....	20
<b>12 Stürze</b> .....	<b>21</b>
12.1 Eigene Messung .....	21
12.1.1 Sturzprotokoll .....	21
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>22</b>
13.1 Eigene Messungen .....	22
13.1.1 Wundliegen .....	22
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>23</b>
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen .....	23
14.1.1 Freiheitsbeschränkende Massnahmen .....	23

<b>15</b>	<b>Psychische Symptombelastung</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>16</b>	<b>Zielerreichung und Gesundheitszustand</b>	<b>24</b>
16.1	Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation	24
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b>	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b>	<b>26</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	26
18.1.1	Fokus 21	26
18.1.2	Einführung einer IMS Software	27
18.1.3	Ausbildung Interne Auditoren	27
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021	27
18.2.1	QM Schulungen	27
18.2.2	ST REHA einführen	27
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	28
18.3.1	Rezertifizierung ISO 9001:2015	28
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b>	<b>29</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b>		<b>30</b>
Rehabilitation		30
<b>Herausgeber</b>		<b>33</b>

## 1 Einleitung

Die im Bieler Seeland gelegene KLINIK BETHESDA gehört zu den führenden Spezialkliniken für neurologische Rehabilitation in der Schweiz. Die besonderen Schwerpunkte liegen in der Neurorehabilitation von Hirnschlag, Multipler Sklerose und Parkinson, sowie in der Diagnostik und Komplexbehandlung von epileptologischen Erkrankungen in der Abteilung für Akut-Epileptologie.

Höchste Qualität in allen Bereichen sowie die ständige Verbesserung stehen für uns im Mittelpunkt. Prozessoptimierungen nach den Lean-Ansätzen sichern die Zufriedenheit und somit die Qualität für Patienten, Angehörige, Zuweiser, Mitarbeiter und Kostenträger. Qualitätmanagement steht in der KLINIK BETHESDA nicht nur auf dem Papier, sondern wird im Alltag gelebt.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

Das Qualitäts- und Risikomanagement ist als Stabsfunktion direkt der Klinikleitung unterstellt und umfasst fachlich bzw. organisatorisch alle Funktionen, die mit dem Qualitätsmanagement direkt oder indirekt in Zusammenhang stehen.

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **160** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Matthias Bschiepfer  
Leitung Qualitäts- und Risikomanagement  
032 338 44 70  
[bschleipfer.m@klinik-bethesda.ch](mailto:bschleipfer.m@klinik-bethesda.ch)

Herr Philipp Banz  
CEO  
032 338 44 00  
[banz.p@klinik-bethesda.ch](mailto:banz.p@klinik-bethesda.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### Grundsatz

Unserem Qualitätsverständnis liegt der PDCA-Zyklus zu Grunde: wir messen und bewerten permanent unsere Leistungen, evaluieren Optimierungspotentiale und setzen entsprechende Verbesserungsmassnahmen konsequent um.

#### Ziele

Die Trägerschaft der KLINIK BETHESDA, die Geschäftsleitung und die Mitarbeitenden sind sich als führende Anbieter im Neurorehabilitationsbereich der Qualitätsanforderungen bewusst und setzen diese konsequent um. Im Zentrum steht das Wohl der Patientinnen und Patienten, nach den Ansätzen der Lean-Strategien. Wir begegnen ihnen mit Respekt und mit Verständnis für ihre Bedürfnisse; wir betreuen sie individuell und stehen auch ihren Angehörigen beratend und unterstützend zur Seite. Gleichermassen wichtig ist ein umfassendes Risikomanagement. Dabei bildet die Patientensicherheit ein wesentliches Kernelement. Die erlangten Qualitätszertifikate zeigen, dass Qualität und Sicherheit im Alltag in der Klinik gelebt werden.

#### Zertifikate

Wir lassen unser Qualitätsmanagement regelmässig durch externe Auditierungsstellen überprüfen und verfügen u.a über folgende Zertifikate:

- SWISS REHA
- ISO Norm 9001:2015

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021

- Rezertifizierung nach ISO 9001:2015 und SWISS REHA
- Weiterentwicklung des integrierten Qualitätsmanagement-Systems
- Überarbeitung Prozesslandkarte, Vereinfachung von Prozessen

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021

- Hohe Zufriedenheit bei Patientenbefragungen
- Optimierung der Dokumentation von regulatorischen Daten zu Händen externer Empfänger
- Weiterentwicklung der Managemententwicklung des integrierten Managementsystems
- Erfolgreiche Rezertifizierung nach der Norm ISO 9001:2015
- Optimierungen in der IT-Landschaft unterstützen Arbeitsabläufe

#### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Einführung einer neuen Software zur Dokumentenlenkung
- Optimierung Prozesslandkarte und Prozesse
- Ausbau des Internen Kontrollsystems (IKS)
- Weiterentwicklung der Risikoanalyse mit Massnahmenplan und Kontrollen
- Weiterbildung QM (Interne Auditoren, KVP, CIRS, Erwachsenenschutzrecht, Datenschutzrecht, Brandschutz)
- Mitarbeiterbefragung
- Datenschutz
- Vereinfachung von Meldeabläufen mit neuem Meldeportal
- Evaluation Patientenarmbänder

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> </ul>
<i>Rehabilitation</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation</li> <li>▪ Bereichsspezifische Messungen für               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Neurologische Rehabilitation</li> </ul> </li> </ul>

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

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenzufriedenheit</li> </ul>
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Opale Wiedereintrittserfassung</li> </ul>
<i>Infektionen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meldeportal Isolationen</li> </ul>
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sturzprotokoll</li> </ul>
<i>Dekubitus</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wundliegen</li> </ul>
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Freiheitsbeschränkende Massnahmen</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

##### Zuweiserbefragung

<b>Ziel</b>	Pflege und Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Zuweisern
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Klinikleitung
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	ab 2020
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Die Zusammenarbeit mit den Zuweisern soll gestärkt werden.
<b>Methodik</b>	Schriftliche Befragung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Klinikleitung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Auswertung der Befragung: Das Feedback der Zuweisenden fliesst in den KVP ein.

##### Einführung einer IMS-Software

<b>Ziel</b>	Einheitliche Struktur, Abbildung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Sämtliche Bereiche
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	ab 2020
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Das aktuelle Tool ist veraltet
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Prozesseigner, Leitung Qualitäts- und Risikomanagement

## Messung stationäre Patientenzufriedenheit

<b>Ziel</b>	Qualitätsverbesserung, Förderung der Patientenzufriedenheit
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Qualitätsmanagement
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Die Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit hat in der Klinik Bethesda einen hohen Stellenwert. Zur Sicherstellung werden laufend Patientenbefragungen durchgeführt.
<b>Methodik</b>	Interner Fragebogen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Qualitätsmanagement
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Rückmeldungen werden ausgewertet und fließen in den KVP ein.

## Risikomanagement ausbauen

<b>Ziel</b>	Integriertes Risk Management
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ganze Klinik
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Systematische Analyse von Geschäftsrisiken zum Schutz der Klinik/Finanzen
<b>Methodik</b>	RMS-Tool einführen, alle Abteilungen miteinbeziehen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	anlässlich Management Report Sitzungen

### Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

#### Rezertifizierungen

<b>Ziel</b>	Erfolgreiche Rezertifizierungen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ganze Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2010
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Qualität soll jederzeit überprüfbar sein
<b>Methodik</b>	vordefinierte Teilprozesse ausführen, die dazu beitragen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Mitarbeitenden der Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	laufende Überprüfung der Teilprozesse

#### Interne Schulungen (Brandschutz und Personennotfall)

<b>Ziel</b>	Alle Mitarbeitenden kennen das Verhalten im Notfall
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ganze Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	laufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	gerüstet sein für ausserordentliche Notfälle
<b>Methodik</b>	regelmässige Schulungen, Checklisten, z.T. integriert in Einführungstage neue MA
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Mitarbeitende
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	HRM und QRM überprüfen regelmässig die Qualität und Fortschritt

### Einführung neue Mitarbeitende

<b>Ziel</b>	Die neuen Mitarbeitenden sollen gut informiert starten
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ganze Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2020
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Sicherstellung eines minimalen Wissensstands fördert den erfolgreichen Start in die Probezeit und die Zusammenarbeit mit allen MA
<b>Methodik</b>	Interne Schulung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Sämtliche Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Schriftliche Befragung der neuen MA. Feedback fliesst in den KVP ein.

#### 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 2010 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.

#### 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001	Ganze Klinik	2000	2021	
REKOLE®-Zertifizierung	Betriebliches Rechnungswesen	2011	2019	
SWISS REHA	Ganze Klinik	2010	2021	

# **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.

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

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus hat im Jahr 2020 für die Akutsomatik regulär keine Patientenbefragung (ANQ) stattgefunden.

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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

#### Begründung

Zu geringe Anzahl an auswertbaren Fragebögen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

## 5.2 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

Der Fragebogen beinhaltet sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Zwei Fragen sind praktisch identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die anderen vier Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Rehabilitation angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

**Wichtiger Hinweis \*\*:** Die Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte		Zufriedenheitswert, Mittelwert 2021 (CI* = 95%)
	2018	2019	
<b>KLINIK BETHESDA, Neurorehabilitation, Parkinson-Zentrum, Epileptologie</b>			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung durch das Reha-Team (ärztliches und therapeutisches Personal, Pflegefachpersonen, Sozialdienst)?	4.20	4.14	3.98 (3.80 - 4.30)
Wurden Sie zu Beginn Ihres Reha-Aufenthalts verständlich über Ablauf und Ziele Ihrer Rehabilitation informiert?	4.37	4.35	4.07 (3.90 - 4.40)
Wurden Sie während Ihres Reha-Aufenthalts ausreichend in Entscheidungen einbezogen?	4.29	4.40	3.80 (3.90 - 4.40)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.55	4.41	4.23 (4.20 - 4.60)
Entsprachen die Therapien Ihren Erwartungen (Umfang, Ablauf usw.)?	4.25	4.56	4.21 (4.10 - 4.50)
Wie war die Organisation aller für Sie und Ihre Angehörigen wichtigen Massnahmen für die Zeit nach dem Reha-Aufenthalt (Betreuung, Spitex, Therapien usw.)?	3.90	3.79	3.54 (3.50 - 4.00)
Anzahl angeschriebene Patienten 2021			120
Anzahl eingetreffener Fragebogen	51	Rücklauf in Prozent	43.00 %

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

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

Die für das Jahr 2020 geplanten Patientenbefragungen in der Rehabilitation und Psychiatrie wurden infolge der Covid-19-Pandemie auf das Folgejahr (2021) verschoben. Danach gilt der reguläre 2-Jahres-Rhythmus wonach von Seiten ANQ in diesen Bereichen jeweils in den geraden Jahren eine Patientenbefragung stattfindet.

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/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im April und Mai 2021 aus einer Rehabilitationsklinik oder Rehabilitationsabteilung eines Akutspitals ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ In der Klinik verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.3 Eigene Befragung

### 5.3.1 Patientenzufriedenheit

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten die Klinik und die Betreuung subjektiv erlebt haben. Die Auswertung der Befragung ermöglicht es, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen zu definieren. Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements.

Die Klinik Bethesda misst die Patientenzufriedenheit zu den Themen Kommunikation, Behandlungsqualität und Ergebnisqualität.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Die Befragung findet in der gesamten Klinik statt. Die Patientenzufriedenheitsmessung erfasst alle Patientinnen und Patienten der Klinik Bethesda. Es gibt keine Ausschlusskriterien.

Die Beteiligung war mit 42 % der Befragten sehr gut.

Die Resultate der Befragung bestärken uns darin, auf dem richtigen Weg zu sein und die kontinuierlichen Verbesserungsprozesse weiter voranzutreiben.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 5.4 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### **KLINIK BETHESDA, Neurorehabilitation, Parkinson-Zentrum, Epileptologie**

Beschwerdemanagement

Bschleipfer Matthias

Leitung Qualitäts- und Risikomanagement

0323384470

[bschleipfer.m@klinik-bethesda.ch](mailto:bschleipfer.m@klinik-bethesda.ch)

Montag - Donnerstag

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Eigene Messung

##### 9.1.1 Opale Wiedereintrittserfassung

Laufende systematische Erfassung der Wiedereintritte mit diversen Auswertungsoptionen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.  
Ganze Klinik.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Interne Auswertung der Ergebnisse.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 11 Infektionen

### 11.1 Eigene Messung

#### 11.1.1 Meldeportal Isolationen

Erfasst und statistisch ausgewertet werden verschiedene Infektionskrankheiten, welche zu Isolationen Anlass geben. Zudem wird auch die Art der Isolation erhoben und ausgewertet. Erfasst wird auch wo, die Infektion erworben wurde (z.B. intern, extern oder unbekannt).

Seit dem Jahr 2000 werden alle Verdachts- und bestätigte Fälle mit COVID, sowie die Quaratänezeit von Kontaktpatienten erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Es werden alle Isolationen in der Klinik Bethesda erfasst.

Im Meldeportal Isolationen werden alle Patienten mit Fieber/erhöhter Temperatur, grippalen oder gastrointestinalen Symptomen aufgenommen. Zusätzlich werden unter den Isolationen Verlegungen aus MSRA-Spitälern und Regionen erfasst.

Die Ergebnisse lassen wir intern in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einfließen.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 12 Stürze

### 12.1 Eigene Messung

#### 12.1.1 Sturzprotokoll

„Ein **Sturz** ist ein Ereignis, bei dem der Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt.“

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Die Klinik Bethesda Tschugg führt eine systematische Messung aller Sturzereignisse in der gesamten Einrichtung durch. Die Stürze werden digital im Sturzprotokoll des klinischen Informationssystems (KIS) erfasst.

Stürze werden anhand eines vorgegebenen Prozedere protokolliert um diese systematisch sowohl individuell als auch gesamthaft auswerten zu können.

Sturzort, Sturzart, Sturzfolgen sowie Risikofaktoren werden im Protokoll via Multiple Choice quantitativ erfasst um, die statistische Auswertung zu erleichtern. Die Möglichkeit einer Beschreibung des Sturzgeschehens in freier Textform ermöglicht eine qualitativ hochwertige individuelle Reflexion des Geschehens, um gezielte Massnahmen in der Sturzprophylaxe ergreifen zu können.

Dies und die jährliche systematische Analyse sind die Basis unseres kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 13 Dekubitus

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

### 13.1 Eigene Messungen

#### 13.1.1 Wundliegen

Eine Wunde ist ein Defekt des schützenden Deckgewebes an äusseren oder inneren Körperoberflächen mit oder ohne Gewebeverlust. Eine Wunde kann durch eine äussere Gewalteinwirkung (Verletzung) oder durch eine Erkrankung entstehen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Die Klinik Bethesda Tschugg führt eine systematische Messung aller Wunden in der gesamten Einrichtung durch. Die Wunden werden digital im Wundprotokoll des klinischen Informationssystems (KIS) erfasst. Wunden werden statistisch vom Pflegeexperten erfasst.

Wunden werden im Wundprotokoll des klinischen Informationssystems (KIS) im Zuge des Pflegeprozesses erfasst und dokumentiert. Zur Wunddokumentation gehört die Wundbeschreibung (Wundart, Lokalisation, Wundbestehen, Wundursachen, Einflussfaktoren), die Wundbeurteilung (Wundgrösse, Wundbeschreibung), die Fotodokumentation sowie die detaillierte Dokumentation der Verbandswechsel.

Die Wundprotokolle ergänzen den Pflegeprozess und stellen somit sicher, dass die Wundbehandlungen regelmässig evaluiert werden können. Die Ergebnisse der Evaluation werden vom interprofessionellen Wundteam diskutiert und Interventionen angepasst.

Wunden werden vom Pflegeexperten statistisch erfasst. Differenziert wird hierbei um welche Art der Wunde es sich handelt und ob der Patient/ die Patientin sich diese Wunde in der KBT zugezogen hat. So sind Rückschlüsse auf Pflege- und Behandlungsqualität zu ziehen. Die Ergebnisse der Statistik fliessen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess ein.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

### 14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

#### 14.1.1 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitseinschränkende Massnahmen sind Interventionen, die persönliche Freiheit eines Menschen einschränken. Hierzu gehören die Isolation, Fixierung, Zwangsmedikation, das Festhalten, Bewegungseinschränkung auf dem Stuhl/ Rollstuhl sowie die Bewegungseinschränkung im Bett.

Freiheitseinschränkende Massnahmen können gegen den Willen der davon Betroffenen zum Einsatz kommen, wenn eine akute Selbst-oder Fremdgefährdung durch den Patienten vorliegt. Eine freiheitseinschränkende Massnahme benötigt in der Klinik **immer** eine ärztliche Verordnung und **muss regelmässig** evaluiert werden. Freiheitseinschränkende Massnahmen sind das letzten Mittel und sollen nur in Ausnahmefällen Anwendung finden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Die Klinik Bethesda Tschugg führt eine systematische Erfassung aller freiheitseinschränkenden Massnahmen durch. Die freiheitseinschränkenden Massnahmen werden digital im klinischen Informationssystem (KIS) erfasst.

Das Auslösen von freiheitseinschränkende Massnahmen unterliegt einem gesetzlich definierten Prozess. Dieser wird in der Klinik Bethesda Tschugg exakt umgesetzt. Nach Ausschöpfen aller Möglichkeiten und Prüfen aller Alternativen wird die freiheitseinschränkende Massnahme vom Arzt verordnet. Sie wird soweit möglich mit den Angehörigen und mit dem Patienten besprochen. Eine schriftliche Dokumentation inklusive Unterschrift des Patienten oder des Angehörigen/ bzw. des gesetzlichen Vertreters obligatorisch.

Freiheitseinschränkende Massnahmen können auch auf eigenen Wunsch des Patienten durchgeführt werden. In der Klinik Bethesda Tschugg wahren gerade Epilepsiepatienten häufig freiheitsbeschränkende Massnahmen wie Bettgitter oder Rollstuhlgurte zur Eigensicherheit.

Je nach Ausmass der Fremd- oder Eigengefährdung werden unterschiedliche Methoden von freiheitseinschränkende Massnahmen eingesetzt. Diese richten sich nach dem Prinzip der Verhältnismässigkeit. So hat die Klinik Bethesda Tschugg die Auswahl des Weglaufschutzes vom Klinikareal (mittels PreWatch) über Weglaufschutz einer Abteilung bis hin zur Möglichkeit von einschränkende Massnahmen mittels Bettgitter, Rollstuhlgurt/ Rollstuhltisch oder in extrem seltenen Fällen Bettfixierungen.

Die Dokumentationen der freiheitseinschränkenden Massnahmen werden regelmässig evaluiert. Die Ergebnisse fliessen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess ein.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 16 Zielerreichung und Gesundheitszustand

### 16.1 Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation

Die ANQ-Messvorgaben in der Rehabilitation gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsabteilungen der Akutspitäler), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten werden entsprechende Messinstrumente je nach Rehabilitationsart bei Ein- und Austritt eingesetzt. Dabei wird untersucht wie sich der Schweregrad der körperlichen und sozio-kognitiven Beeinträchtigung, die Funktions-, Leistungsfähigkeit, Lebensqualität oder der Gesundheitszustand während des Rehabilitationsaufenthaltes verändert haben. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung von Ein- zu Austritt ausgewertet. Je nach Rehabilitationsart kommen andere Messinstrumente zum Einsatz.

Weiterführende Informationen zu den bereichsspezifischen Messungen im Bereich der Rehabilitation finden Sie unter [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Das **FIM**<sup>®</sup>- Instrument (Functional Independence Measure) und der Erweiterte Barthel-Index (**EBI**) sind unterschiedliche Messmethoden (Assesments/Instrumente) um die Selbstständigkeit bzw. Abhängigkeit bei Alltagsaktivitäten (in motorischen und sozio-kognitiven Bereichen) zu bestimmen. Es wird jeweils eines der beiden Instrumente pro Klinik eingesetzt. Um unabhängig von der Wahl des eingesetzten Instruments (FIM<sup>®</sup> oder EBI) die Ergebnisqualität über alle Kliniken vergleichen zu können, wurde ein Umrechnungsalgorithmus von FIM bzw. EBI in einen gemeinsamen ADL-Score (Activities of Daily Life) entwickelt.

Der **MacNew Heart** und Chronic Respiratory Questionnaire (**CRQ**) sind krankheitsspezifische Messinstrumente für einen Kardiovaskuläre- resp. COPD-Patienten und messen die Lebensqualität aus Sicht des Patienten mithilfe eines Fragebogens.

#### Messergebnisse

Zusätzlich zu den obigen Messungen werden die Partizipationsziele (Hauptziel und Zielerreichung) erfasst. Da keine klassische indirekte Veränderungsmessung möglich ist, dienen die Ergebnisse für interne Zwecke und werden nicht national publiziert.

Neurologische Rehabilitation	2017	2018	2020
<b>KLINIK BETHESDA, Neurorehabilitation, Parkinson-Zentrum, Epileptologie</b>			
Vergleichsgrösse* (CI** = 95%), ADL-Score	-0.920 (-2.020 - 0.170)	-0.810 (-2.080 - 0.450)	-0.430 (-1.710 - 0.850)
Anzahl auswertbare Fälle 2020			524
Anteil in Prozent			66.2%

\* Vergleichsgrösse: Für jede Klinik wird die Differenz zwischen dem klinikeigenen und dem nach Fallzahlen gewichteten Mittelwert der Qualitätsparameter der übrigen Kliniken berechnet. Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung hin als in Anbetracht ihrer Patientenstruktur zu erwarten gewesen wäre. Negative Werte lassen eine kleinere Veränderung des Gesundheitszustandes, der Funktions- oder Leistungsfähigkeit als erwartet 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/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/).

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Abteilung Rehabilitationsforschung.	
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten, die während des Erhebungszeitraums stationär behandelt wurden.

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Fokus 21

Projektstart: 2020

Projektziel: FOKUS 21 will die Klinik auf einen nächsten Level von Qualität und Effizienz bringen und wirtschaftlich nachhaltig stärken.

#### ▪ Teilprojekt Patientenmanagement

##### Projektziel:

Definition und Umsetzung eines durchgängigen Patientenmanagementprozesses entlang des Behandlungspfades (von der Abklärung bis zur Zielerreichung).

##### Involvierte Berufsgruppen:

Mitarbeitende der Bereiche Patientenmanagement (HoMa, Stationssekretariate, Fakturierung, Codierung),

##### Handlungsfelder

- Definition Prozessschritte für durchgängigen Patientenmanagementprozess inkl. Klärung der Schnittstellen
- Besonderes Augenmerk auf Vorabklärung, Triage sowie Austritt und Nachsorge
- Integration der Prozesse Leistungserfassung und –controlling, Codierung, medizinische Dokumentation, Medikament- und Materialprozess, Medizincontrolling, Transporte
- Abstimmung der Prozesse mit dem ERP-System (inkl. betriebswirtschaftliche Kennzahlen)
- Neuorganisation Poliklinik (Spitalambulatorium)
- Neuorganisation Sekretariate

#### ▪ Teilprojekt Behandlungspfade

##### Projektziel:

Der Patient wird anhand von standardisierten interprofessionellen Verfahren/Behandlungspfaden entsprechend dem Leistungsauftrag behandelt, die Leistungen lückenlos erfasst und gemäss den Leistungs-Richtlinien optimal abgerechnet.

##### Involvierte Berufsgruppen:

Mitarbeitende der Bereiche Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, Sozialdienst, Ärzteschaft, Aktivierung/WA, Pflege, Patientenmanagement, ICT

##### Handlungsfelder

- Definition (Entscheid-) Kriterien für wirkungsvolle Triage der angemeldeten Patienten in Vorabklärungsphase (Aufnahme wohin – Nichtaufnahme) und in Zuteilung Patienten in den für sein Reha-Potential zugeschnittenen Behandlungspfad. Anpassen der Therapieverordnung
- Definition standardisierte Behandlungspfade oder -verfahren
- Definition „Gefässe“ / „Gremien“ für regelmässige Überprüfung und ev. Individualisierung Behandlungspfad
- Definition Funktion „Reha-Coach“
- Definition „Patienten-Ziele“ bzw. Reha-Ziele pro Behandlungspfad + pro Pfad Empfehlungen für Nachsorge (interner Übertritt, Austritt ins Heim, nach Hause, ambulante Nachsorge, etc.)

#### ▪ Teilprojekt Interprofessionalität

##### Projektziel:

Zusammenarbeit in interprofessionellen Behandlungsteams pro Patientengruppe oder Patient,

Einsatz spezialisierter Interventionsgruppen sowie interprofessionelles Lernen

**Involvierte Berufsgruppen:**

Mitarbeitende aller Bereiche

**Handlungsfelder**

- Analyse Ist-Situation und Verbesserungsvorschläge, Informationsbeschaffung zum Thema
- Rapporte bzw. Informationsfluss/-strukturen zwischen den Berufsgruppen
- Gegenseitige strukturierte Rückmeldungen zur Optimierung der Abläufe / Schnittstellen
- Definition von geeigneten Instrumenten für die interprofessionelle Zusammenarbeit
- Förderung der interprofessionellen Team- und/oder Klinikkultur
- Abgestimmte Konzepte der Behandlung zwischen Ärzten, Therapie, Pflege, Patientenmanagement inkl. Definition der Schnittstellen

### 18.1.2 Einführung einer IMS Software

Projektstart

Das Projekt startete im Herbst 2021

Projektziel

Einführung eines ressourcenschonenden, effektiven Managementsystems.

Projekttablauf

Das IMS wird anhand von verschiedenen Arbeitspaketen eingeführt.

Involvierte Berufsgruppen

Alle Mitarbeitenden

### 18.1.3 Ausbildung Interne Auditoren

Start: 2021

Ziel: Aufbau eines Teams interne Auditoren

Ablauf/Methodik: Schulung durch externe Experten. Praxisübungen.

Berufsgruppen: Ärzte, Pflege, Betriebswirtschaft, Administration

Evaluation: Schulung hat stattgefunden. Aufgrund Covid noch keine Praxisblöcke durchgeführt.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021

### 18.2.1 QM Schulungen

Art: Weiterbildungstag "Ausbildung interne Auditoren"

Ziel: Verteilung der Auditverantwortung auf weitere Mitarbeitende.

Methodik: Externe Referenten. Kurs.

Gruppen: Ärzte, Pflege, Administration

Praxisblöcke folgen 2022/2023.

### 18.2.2 ST REHA einführen

Ziel: ST REHA ist eingeführt bis 31.12.2021

Ablauf: Systeme angepasst, MA geschult

Berufsgruppen: Pflege, Therapien, Codierung, Ärzte, Betriebswirtschaft

Evaluation: Projekt wurde erfolgreich umgesetzt

## **18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte**

### **18.3.1 Rezertifizierung ISO 9001:2015**

Projektziel

Die Erfüllung der Anforderungen nach ISO 9001:2015

Projektablauf

Vorbereitung auf das externe Audit

Involvierte Berufsgruppen

Alle Mitarbeitenden

## 19 Schlusswort und Ausblick

Excellence ist die höchste Stufe der Qualität. Um diese zu erreichen, unterliegen alle Prozesse und Tätigkeiten in der KLINIK BETHESDA der kontinuierlichen Verbesserung. Mit kritischem Blick überprüfen wir täglich unser Wirken und setzen zu weiteren Verbesserungen an.

Im kommenden Jahr werden die Verbesserungsprozesse durch weitere digitale Implementierungen unterstützt, sowie die Patientenprozesse weiter in Richtung integrierter Versorgung vertieft.

Das Gesundheitswesen steht unter ständig zunehmendem Kosten- und Leistungsdruck. Die Klinik muss nun seit mehreren Jahren mit unveränderten Tarifen aufwändiger werdende Fälle betreuen. Qualität hat ihren Preis. Deshalb wird der Zielkonflikt zwischen Qualität und ausgeglichener Betriebsrechnung immer grösser. Zwecks Aufrechterhaltung der Qualität musste das Personal bereits seit drei Jahren auf jegliche Lohnanpassung verzichten, trotz stetig wachsender Belastung.

Finanziell steht bisher im Gesundheitswesen kein Ausgleich in Aussicht. Die Zusatzbelastungen und Mehraufwendungen COVID halten teilweise auch 2022 an.

Wir sind herausgefordert und gewillt, trotz schwierigem Umfeld Höchstleistungen zu erbringen und uns weiterzuentwickeln.

## 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](http://spitalinfo.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Rehabilitation

#### Leistungsangebot in der Rehabilitation

Arten der Rehabilitation	
Neurologische Rehabilitation	a,s

a = ambulant, s = stationär

#### Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflage tage** geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflage tage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflage tage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Als Basis hierfür dient das Grundsatzpapier [«DefReha© Version 2.0. Stationäre Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen»](#), welches Leistungen und die Arten der Leistungserbringung in der stationären Rehabilitation beschreibt.

Angebote ne stationäre Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflage tage
Neurologische Rehabilitation	0.00	1054	30983

#### Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)

Anhand der Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient kann abgeschätzt werden, welche **Intensität an Behandlung** ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Als Basis hierfür dient das Grundsatzpapier [«DefReha© Version 2.0. Stationäre Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen»](#), welches Leistungen und die Arten der Leistungserbringung in der stationären Rehabilitation beschreibt.

Angebote ne ambulante Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Patient	Anzahl Konsultationen / Behandlungen
Neurologische Rehabilitation	0.00	4806

## Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre **Infrastruktur** auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patienten, da eine unmittelbarere, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.

Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.

Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, nach Bedarf mit **externen Spezialisten** zusammenzuarbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ zum Beispiel mit Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
<b>KLINIK BETHESDA, Neurorehabilitation, Parkinson-Zentrum, Epileptologie</b>		
Inselspital Bern 33 km, RSZ Biel 28 km	Intensivstation in akutsomatischem Spital	33 km
Spital Aarberg	Notfall in akutsomatischem Spital	19 km

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet
ORL Silbergasse AG (CHE-455.018.951), Dr. med. Isabelle Giudicelli-Tschumi, Silbergasse 7, 2502 Biel/Bienne	HNO

## Personelle Ressourcen in der Rehabilitation

Vorhandene Spezialisierungen	Stellenprozentage
<b>KLINIK BETHESDA, Neurorehabilitation, Parkinson-Zentrum, Epileptologie</b>	
Facharzt Neurologie	645.00%
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	50.00%
Facharzt Psychiatrie	45.00%
Facharzt Endokrinologie	50.00%

Spezifische Fachärzte sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

Pflege-, Therapie- und Beratungsfachkräfte	Stellenprozentage
<b>KLINIK BETHESDA, Neurorehabilitation, Parkinson-Zentrum, Epileptologie</b>	
Pflege	10,663.00%
Physiotherapie	1,840.00%
Logopädie	440.00%
Ergotherapie	820.00%
Ernährungsberatung	20.00%
Neuropsychologie	510.00%
Sozialberatung	360.00%

Die Tätigkeiten der Pflege und des therapeutischen Personals unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von den Tätigkeiten in einem akutsomatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hinweise zu den diplomierten, rehabilitationsspezifischen Fachkräften.

Als Stichdatum für die Anzahl Stellenprozentage gilt jeweils der 31.12. des betreffenden Jahres.

## Herausgeber



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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/)



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/](http://www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/)



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



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

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



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

[www.samw.ch](http://www.samw.ch).