



# Qualitätsbericht 2018

## Klinik Gut AG

## 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  
Patricia Büchel  
Leitung Qualitätsmanagement  
081 595 55 48  
[p.buechel@klinik-gut.ch](mailto:p.buechel@klinik-gut.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (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 Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel 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 Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Impressum</b> .....  | <b>2</b>  |
| <b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>1 Einleitung</b> .....   | <b>6</b>  |
| <b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....  | <b>7</b>  |
| 2.1 Organigramm .....   | 7         |
| 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....   | 8         |
| <b>3 Qualitätsstrategie</b> .....   | <b>9</b>  |
| 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018 .....  | 9         |
| 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018 .....   | 10        |
| 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....  | 10        |
| <b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....  | <b>11</b> |
| 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....   | 11        |
| 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen<br>Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben |           |
| 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....   | 12        |
| 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....  | 13        |
| 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....  | 17        |
| 4.5 Registerübersicht .....   | 17        |
| 4.6 Zertifizierungsübersicht .....  | 18        |
| <b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....   | <b>19</b> |
| <b>Befragungen</b> .....  | <b>20</b> |
| <b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....   | <b>20</b> |
| 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....   | 20        |
| 5.2 Eigene Befragung .....  | 22        |
| 5.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung Mecon .....  | 22        |
| 5.2.2 Patienten-Feedbackbögen .....   | 23        |
| 5.3 Beschwerdemanagement .....  | 24        |
| <b>6 Angehörigenzufriedenheit</b><br>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.            |           |
| <b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....   | <b>25</b> |
| 7.1 Eigene Befragung .....  | 25        |
| 7.1.1 Mitarbeiterbefragung .....  | 25        |
| <b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....  | <b>27</b> |
| 8.1 Eigene Befragung .....  | 27        |
| 8.1.1 Belegarztzufriedenheitsbefragung .....  | 27        |
| <b>Behandlungsqualität</b> .....  | <b>28</b> |
| <b>9 Wiedereintritte</b> .....  | <b>28</b> |
| 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....  | 28        |
| <b>10 Operationen</b><br>keine internen Messungen   |           |
| <b>11 Infektionen</b> .....   | <b>29</b> |
| 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....  | 29        |
| <b>12 Stürze</b> .....  | <b>31</b> |
| 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....   | 31        |
| <b>13 Wundliegen</b> .....  | <b>33</b> |
| 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....                          | 33        |
| <b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b><br>Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.            |           |
| <b>15 Psychische Symptombelastung</b><br>Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.                  |           |
| <b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b>  |           |

Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.

17 **Weitere Qualitätsmessungen**  
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

**18 Projekte im Detail ..... 35**

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte ..... 35

18.1.1 interne Prozess Reviews ..... 35

18.1.2 EFQM R4E Auszeichnung ..... 35

18.1.3 Projekt GPTW ..... 35

18.1.4 Einführung EQMS ..... 35

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018 ..... 35

18.2.1 SELF Assessment EFQM ..... 35

18.2.2 Einführung EQMS ..... 35

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte ..... 36

18.3.1 EFQM R4E Auszeichnung ..... 36

18.3.2 SLH Requalifikation ..... 36

**19 Schlusswort und Ausblick ..... 37**

**Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot ..... 38**

Akutsomatik ..... 38

**Herausgeber ..... 39**

# 1 Einleitung

## **Zweck der Organisation**

An zwei Klinikstandorten (Nord- und Südbünden) bieten wir ein hochstehendes Leistungsangebot im Bereich Orthopädie und Traumatologie mit entsprechender Subspezialisierung an. Die Behandlung basiert auf dem jeweils neuesten Stand der internationalen Wissenschaft, sie integriert die anerkannten Behandlungs- und Therapieansätze und richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen unserer Patienten. Die Klinik Gut AG ist ein unabhängiges, privates, marktorientiertes Unternehmen und handelt eigenwirtschaftlich. Die Eigentümerstruktur, wie auch die überschaubare Grösse der Klinikbetriebe, erlaubt eine kompromisslose Ausrichtung der gesamten Klinik auf die Bedürfnisse unserer Patienten und die Prägung einer familiären Betriebskultur.

## **Rechtsform und Eigentumsverhältnisse**

Die Klinik Gut AG ist eine Aktiengesellschaft. Diese ist im Besitz von kliniktätigen Ärzten sowie Mitgliedern des Verwaltungsrates. Damit wird die Übereinstimmung der Interessen der Aktionäre mit denjenigen der ärztlichen Schlüsselpersonen der Klinik sichergestellt.

## **Geschäftsfelder**

Die Klinik Gut AG ist ein privates Bündner Klinikunternehmen für die Bewohner und Gäste der Region. Schwerpunkte des medizinischen Angebotes bilden die Behandlung von Sportunfällen / Traumatologie sowie die orthopädische Chirurgie. Die Klinik Gut AG ist die einzige private Akutklinik im Kanton GR.

## **Produkte und Dienstleistungen**

Zu den spezialisierten Fachbereichen der Klinik Gut gehören neben der Schulter- und Ellenbogenchirurgie die Hüft- und Kniechirurgie. Weitere eigenständige Fachbereiche bilden die Wirbelsäulenchirurgie, die Hand- und Fusschirurgie sowie die Allgemeine Chirurgie und die Sportmedizin. Unsere Spezialisten führen an den Klinikstandorten St. Moritz und Fläsch Behandlungen durch. Nachbehandlungen bieten wir zusätzlich in unseren Praxisräumlichkeiten im Airport Medical Center am Flughafen Zürich-Kloten, in Ascona, Chur und Buchs SG an.

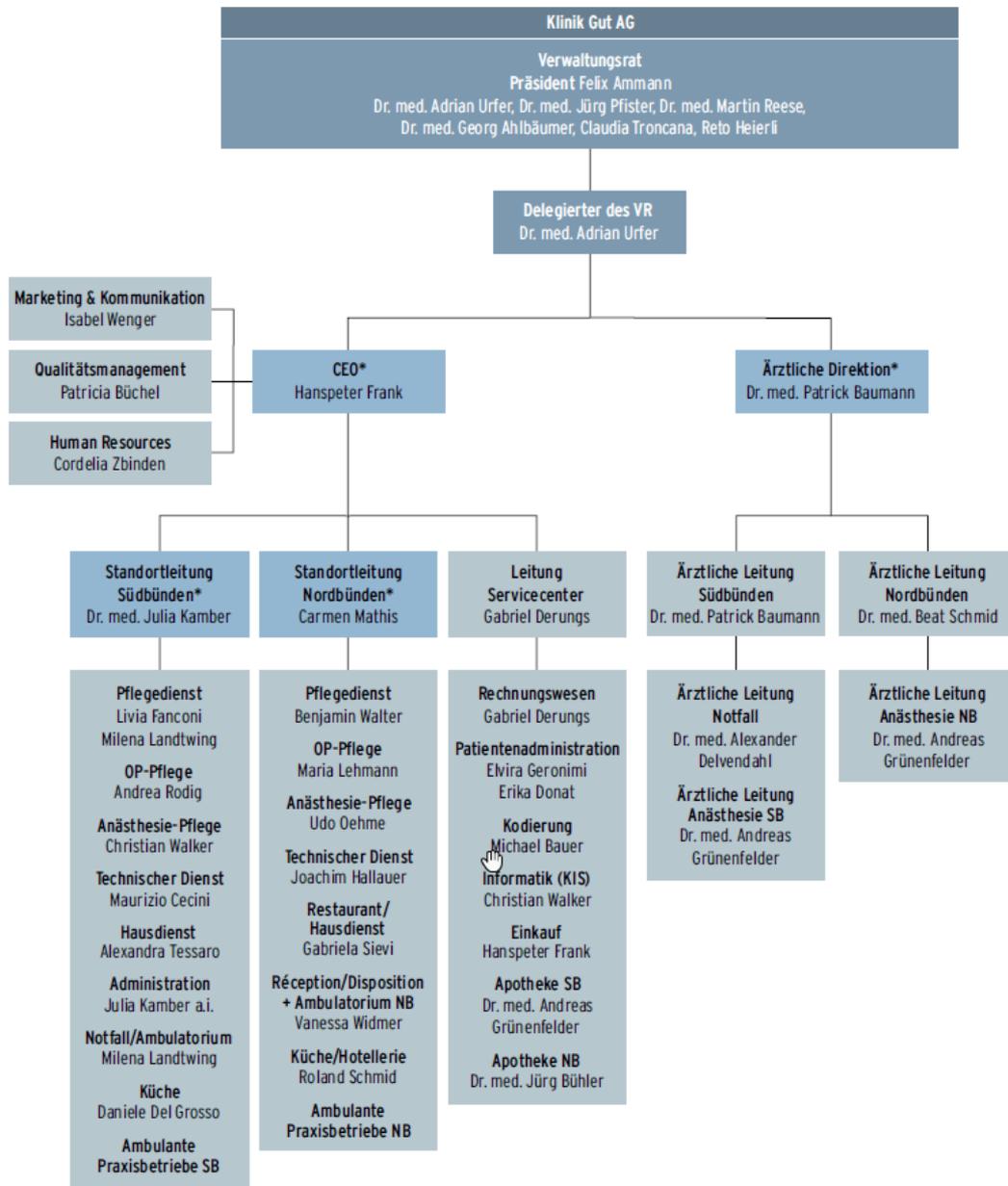
## **Vision**

Die Klinik Gut AG ist der führende Bündner Gesundheitsdienstleister in den Bereichen Orthopädie und Traumatologie. Sie bietet Patienten aus und auch ausserhalb der Region modernste Infrastruktur und beste medizinische Betreuung im persönlichen, vertrauensvollen Umfeld einer überschaubaren Klinik.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Aufgrund eines Wechsels in der Führung übernimmt Dr. Hanspeter Frank die Position CEO der Klinik Gut AG.

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80** Stellenprozente zur Verfügung.

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Dr. Hanspeter Frank  
CEO  
081 595 55 04  
[H.Frank@klinik-gut.ch](mailto:H.Frank@klinik-gut.ch)

Frau Patricia Büchel  
Leitung Qualitätsmanagement  
081 595 55 48  
[p.buechel@klinik-gut.ch](mailto:p.buechel@klinik-gut.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Diese Qualitätspolitik leitet sich von unserer Strategie und unseren Werten ab und ist die Grundlage unserer Qualitätsplanung.

#### **Anerkanntes Qualitäts-Label**

Wir entwickeln, pflegen, bewerten und verbessern uns im Qualitätsmanagement nach den Grundprinzipien des Total Quality Management. Wir führen ein anerkanntes Qualitäts-Label, das in der medizinischen Branche verankert ist. Aktuell richten und bewerten wir unsere Entwicklung zu Excellence mit regelmässigen internen und externen Assessments nach dem EFQM-Modell.

#### **Nationaler Qualitätsvertrag ANQ**

Wir nehmen an den Qualitätsmessungen gemäss ANQ Vertrag teil. Der Beitritt zum Nationalen Qualitätsvertrag verpflichtet Spitäler und Kliniken, ANQ-Messungen durchzuführen sowie Versicherer und Kantone, die ANQ-Messungen in ihre Leistungsaufträge respektive ihre Tarifverträge aufzunehmen und eine Anschubfinanzierung zu leisten. Mit der Vertragsunterzeichnung stimmen die Vertragspartner auch einer sorgfältigen Auswertung und transparenten Publikation der Messergebnisse zu.

#### **Patientenzufriedenheit**

Wir führen monatliche quantitative Umfragen mit der Firma Mecon durch und haben dadurch einen Benchmark mit anderen Belegärztkliniken in der Schweiz. Dabei werden auch offene Antwortmöglichkeiten der Patienten berücksichtigt. Zusätzlich führen wir einen internen Feedbackbogen, den wir stationären und ambulanten Patienten abgeben. Die Rückmeldungen nehmen wir als wertvollen Input für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Bei Beschwerden wird direkt ein Klinikleitungsmitglied involviert und kümmert sich um das Anliegen der Patienten.

#### **Mitarbeiterzufriedenheit**

Wir führen regelmässig Befragungen zur Mitarbeiterzufriedenheit durch und die Rückmeldungen nehmen wir ebenfalls als wertvollen Input für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess auf. Wir richten uns prinzipiell an den Anforderungen des Qualitäts-Labels.

#### **Zuweiserbefragungen**

Zuweiser werden direkt durch die Klinikleitungsmitglieder in einem persönlichen Gespräch befragt um in der Folge die kontinuierliche Verbesserung anzutreiben.

#### **Patientensicherheit**

Wir sind Mitglied vom CIRNET und führen regelmässige CIRS Fallbesprechungen durch. Wir richten uns nach den aktuell anerkannten bundesweiten oder kantonalen Hygienrichtlinien.

#### **Medizinische Outcome Messungen**

Die Klinik wird sich in Zukunft noch vermehrt auf medizinische Outcome Messungen fokussieren.

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

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

Nebst den regelmässigen Qualitätsaktivitäten wurde insbesondere die Struktur- und die Prozessqualität verbessert, damit in der Folge die Ergebnisqualität hoch bleibt.

Die Prozesse wurden an beiden Standorten überarbeitet und weiterentwickelt. Mit der Einführung eines elektronischen Qualitätsmanagement Systems wird dies unterstützt.

Es wurde ein Self Assessment nach dem EFQM Modell gemacht, um im 2019 die Massnahmen daraus umzusetzen und im 2020 eine Auszeichnung R4E zu erhalten.

Ein Kultur Audit und eine Mitarbeiterumfrage mit Great Place To work wurde durchgeführt um auch weiterhin eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit zu haben.

Unser umfassendes Qualitätsverständnis sowie die Unternehmensführung wird kontinuierlich weiterentwickelt und ist das Ergebnis eines gelebten und kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

### **3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018**

- Prozess Reviews an beiden Standorten - Harmonisierung der beiden Standorte
- Einführung Elektronisches Qualitätsmanagementsystem
- ANQ-Anforderungen und Erhebungen sowie Patientenzufriedenheitsbefragungen (Mecon und ANQ) wurden durchgeführt/umgesetzt. Kundenzufriedenheits-Umfragen im Vergleich zum Benchmark im besten Quartil
- Mitarbeiterumfrage mit Great Place to work und Einführung der Projektgruppe GPTW
- Self Assessment nach EFQM und Vorbereitung zu der EFQM-Stufe Recognized for Excellence R4E

### **3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren**

- Vorbereitung für die EFQM Auszeichnung R4E im Januar 2020
- Prozessmanagement und KVP
- Einführung von weiteren Applikationen aus dem Elektronischen Qualitätsmanagementsystem
- Fokussierung auf medizinische Outcome Messungen insbesondere Patientorientierte Outcome Messungen
- Swiss Orthopedics Excellence Label
- Ausbildungsklinik B

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen: |                       |                           |
|--|-----------------------|---------------------------|
|  | Klinik Gut AG, Fläsch | Klinik Gut AG, St. Moritz |
| <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: |                       |                           |
|---|-----------------------|---------------------------|
|   | Klinik Gut AG, Fläsch | Klinik Gut AG, St. Moritz |
| <i>Patientenzufriedenheit</i>                                     |                       |                           |
| ▪ Patientenzufriedenheitsbefragung Mecon                          | √                     | √                         |
| ▪ Patienten-Feedbackbögen   | √                     | √                         |
| <i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>                                   |                       |                           |
| ▪ Mitarbeiterbefragung  | √                     | √                         |
| <i>Zuweiserzufriedenheit</i>                                      |                       |                           |
| ▪ Belegarztzufriedenheitsbefragung                                | √                     | √                         |

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Interne Prozess-Reviews im EQMS

|   |   |
|---|---|
| <b>Ziel</b>   | Prozesse neu im EQMS                                    |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b> | Gesamter Betrieb  |
| <b>Standorte</b>  | Klinik Gut AG, Fläsch, Klinik Gut AG, St. Moritz        |
| <b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)                       | von 2018 bis 2019                                       |
| <b>Art der Aktivität / des Projekts</b>                     | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.          |
| <b>Begründung</b>   | Aktualität des Prozessmanagements                       |
| <b>Methodik</b>   | Planung anhand Prozess-Review-Plan.                     |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>                            | Prozesseigner, QV                                       |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>                       | aktuelles Prozessmanagement, Umsetzung Schwerpunktthema |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>                            | EQMS  |

##### The Swiss Leading Hospitals Excellence Themen

|   |  |
|---|--|
| <b>Ziel</b>   | Bearbeitung und Bericht an SLH und folgendem Feedback  |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b> | Gesamter Betrieb   |
| <b>Standorte</b>  | Klinik Gut AG, Fläsch, Klinik Gut AG, St. Moritz   |
| <b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)                       | jährlich   |
| <b>Art der Aktivität / des Projekts</b>                     | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.  |
| <b>Begründung</b>   | SLH Mitgliedschaft als ein Zeichen für ein ausserordentlich hohes Qualitätsniveau und positioniert die Klinik als führende Institution im entsprechenden Spezialgebiet |
| <b>Methodik</b>   | jährliches Excellence-Thema inkl. Bericht  |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>                            | Prozesseigner, Qualitätsverantwortliche, Klinikleitung   |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>                       | Bewertung und Pendenzen aus Excellence Feedback  |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>                            | Feedback Bericht Excellence  |

## CIRS-Fallbesprechungen

|   |  |
|---|--|
| <b>Ziel</b>   | Optimierung Patientensicherheit, Feedback-Kultur   |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b> | Gesamter Betrieb   |
| <b>Standorte</b>  | Klinik Gut AG, St. Moritz, Klinik Gut AG, Fläsch   |
| <b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>                       | pro Quartal  |
| <b>Art der Aktivität / des Projekts</b>                     | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.   |
| <b>Begründung</b>   | Gemeinsame Eruiierung von Massnahmen, Awareness CIRS optimieren                                      |
| <b>Methodik</b>   | Fallbesprechungen und Themen zu Patientensicherheit, Human Factors                                   |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>                            | alle Mitarbeitenden, medizinische Bereiche obligatorisch, CIRS-Verantwortlicher, med. Leitung und QV |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>                       | umgesetzte Massnahmen, CIRS-Fälle, Präsenzliste, Messgrössen   |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>                            | Anwesenheitsliste, Auswertung CIRS-Fälle   |

## Patientenzufriedenheitsbefragungen

|   |  |
|---|--|
| <b>Ziel</b>   | Steigerung Zufriedenheit   |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b> | Gesamter Betrieb   |
| <b>Standorte</b>  | Klinik Gut AG, Fläsch, Klinik Gut AG, St. Moritz                             |
| <b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>                       | laufend  |
| <b>Begründung</b>   | Vergleich Benchmark, Optimierung Dienstleistungen                            |
| <b>Methodik</b>   | Mecon Patientenbefragung stationär und interne Feedbackbögen                 |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>                            | Qualitätsverantwortliche   |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>                       | Analyse Auswertung, Massnahmen zu negativen Bemerkungen, Vergleich Benchmark |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>                            | Auswertungen   |

## Qualitätszirkel

|   |  |
|---|--|
| <b>Ziel</b>   | Qualitätsgremium mit Entscheidungskompetenzen                |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b> | Qualität, Medizin, Klinikleitung                             |
| <b>Standorte</b>  | Klinik Gut AG, St. Moritz, Klinik Gut AG, Fläsch             |
| <b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>                       | quartalsweise  |
| <b>Art der Aktivität / des Projekts</b>                     | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.               |
| <b>Begründung</b>   | Awareness Qualitätsthemen, kurze Entscheidungswege           |
| <b>Methodik</b>   | Kommunikation, Diskussion inklusive Protokoll und Massnahmen |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>                            | QV, Kader, Ärzte, Klinikleitung                              |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>                       | Protokoll, Umsetzung Massnahmen                              |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>                            | Protokoll  |

## EFQM Excellence Weg

|   |  |
|---|--|
| <b>Ziel</b>   | Erreichung EFQM R4E-Stufe                        |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b> | Qualität   |
| <b>Standorte</b>  | Klinik Gut AG, Fläsch, Klinik Gut AG, St. Moritz |
| <b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>                       | Self Assessment 2018 Fremd Assessment 2020       |
| <b>Begründung</b>   | EFQM Q-System                                    |
| <b>Methodik</b>   | externes Assessment                              |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>                            | Mitarbeitende, Kader, Klinikleitung              |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>                       | EFQM Assessment-Bericht                          |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>                            | Assessment-Bericht                               |

## Hygienekommission

|   |   |
|---|---|
| <b>Ziel</b>   | Hygienegremium mit Entscheidungskompetenzen                     |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b> | Qualität und Hygiene  |
| <b>Standorte</b>  | Klinik Gut AG, Fläsch, Klinik Gut AG, St. Moritz                |
| <b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>                       | jährlich  |
| <b>Art der Aktivität / des Projekts</b>                     | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.                  |
| <b>Begründung</b>   | Awareness Hygienethemen, kurze Entscheidungswege                |
| <b>Methodik</b>   | Kommunikation, Diskussion inklusive Protokoll und Massnahmen    |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>                            | Hygieneverantwortliche, Link-Nurse, Kader, Ärzte, Klinikleitung |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>                       | Protokoll, Umsetzung Massnahmen                                 |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>                            | Protokoll   |

## Projekt Great Place to Work

|   |   |
|---|---|
| <b>Ziel</b>   | Massnahmen aus Mitarbeiterbefragung wählen und umsetzen                                       |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b> | Mitarbeiterzufriedenheit  |
| <b>Standorte</b>  | Klinik Gut AG, Fläsch, Klinik Gut AG, St. Moritz  |
| <b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>                       | 2018 bis 2020   |
| <b>Begründung</b>   | Mitarbeiterzufriedenheit hoch halten oder verbessern (aktuell 2. Platz Gesundheitswesen GPTW) |
| <b>Methodik</b>   | Projektgruppe aus verschiedene Hierarchiestufen vor allem Mitarbeitende Lead beim QM          |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>                            | fast alle Berufsgruppen der Klinik sind vertreten   |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>                       | Ab Q2 2019 in der Umsetzungsphase   |
| <b>Weiterführende Unterlagen</b>                            | Präsentationen und Fotos GPTW Projektgruppe   |

#### 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 2013 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.

#### 4.5 Registerübersicht

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

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

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen         |                         |  |         |           |
|---|-------------------------|--|---------|-----------|
| Bezeichnung   | Fachrichtungen          | Betreiberorganisation  | Seit/Ab | Standorte |
| <b>IDES Register</b><br>Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenks-prothesen | Orthopädische Chirurgie | MEM Forschungszentrum,<br>Institut für Evaluative<br>Forschung in der Orthopädie<br><a href="http://www.memcenter.unibe.ch">www.memcenter.unibe.ch</a> | k.J     | Alle      |
| <b>Med. Stat.</b><br>Medizinische Statistik der<br>Krankenhäuser              | Alle Fachbereiche       | Bundesamt für Statistik<br><a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>  | k.J.    | Alle      |
| <b>SIRIS</b><br>Schweizerisches Implantatregister                             | Orthopädische Chirurgie | Stiftung für Qualitätssicherung<br>in der Implantationsmedizin<br><a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>                       | 2012    | Alle      |

## 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 | Standorte  | Kommentare  |
| Arbeitssicherheit H+ (EKAS)               | Gesamter Betrieb                                  | 2002  | 2019   | Klinik Gut AG, Fläsch,<br>Klinik Gut AG, St.<br>Moritz |             |
| EFQM Qualitätssystem                      | Gesamter Betrieb                                  | 2017  | 2017   | Klinik Gut AG, Fläsch,<br>Klinik Gut AG, St.<br>Moritz | C2E**-Stufe |
| The Swiss Leading Hospitals (SLH)         | Gesamter Betrieb                                  | 2001  | 2016   | Klinik Gut AG, Fläsch,<br>Klinik Gut AG, St.<br>Moritz |             |
| Zertifikat Gütezeichen REKOLE             | Betriebliches Rechnungswesen                      | 2013  | 2016   | Klinik Gut AG, Fläsch,<br>Klinik Gut AG, St.<br>Moritz |             |
| Swiss Olympic Medical Base Zertifizierung | Sportmedizin                                      | 2003  | 2018   | Klinik Gut AG, St.<br>Moritz                           |             |

# **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<br>2016 | Zufriedenheitswert,<br>adjustierter<br>Mittelwert 2017<br>(CI* = 95%) |
|--|----|------------------------|---|
| <b>Klinik Gut AG, Fläsch</b>   |    |                        |   |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)? |    | 4.48                   | 4.58<br>(4.38 - 4.78)   |
| Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?  |    | 4.86                   | 4.80<br>(4.60 - 5.01)   |
| Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?   |    | 4.92                   | 4.86<br>(4.67 - 5.05)   |
| Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?   |    | 4.87                   | 4.80<br>(4.54 - 5.06)   |
| Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?  |    | 4.50                   | 4.43<br>(4.18 - 4.67)   |
| Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?   |    | 94.00                  | 98.00 %   |
| Anzahl angeschriebene Patienten 2017   |    |                        |   |
| Anzahl eingetreffener Fragebogen   | 51 | Rücklauf in Prozent    | 56 %  |
| <b>Klinik Gut AG, St. Moritz</b>   |    |                        |   |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)? |    | 4.36                   | 4.60<br>(0.00 - 0.00)   |
| Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?  |    | 4.72                   | 4.70<br>(0.00 - 0.00)   |
| Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?   |    | 4.74                   | 4.90<br>(0.00 - 0.00)   |
| Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?   |    | 4.75                   | 4.60<br>(0.00 - 0.00)   |
| Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?  |    | 4.39                   | 4.30<br>(0.00 - 0.00)   |
| Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?   |    | 92.16                  | 91.90 %   |
| Anzahl angeschriebene Patienten 2017   |    |                        |   |
| Anzahl eingetreffener Fragebogen   | 36 | Rücklauf in Prozent    | 67.3 %  |

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/](http://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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul> |

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung Mecon

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten den Spitalaufenthalt empfunden haben. Der Benchmark mit anderen Belgarzhäusern wird dadurch auch gewährleistet.

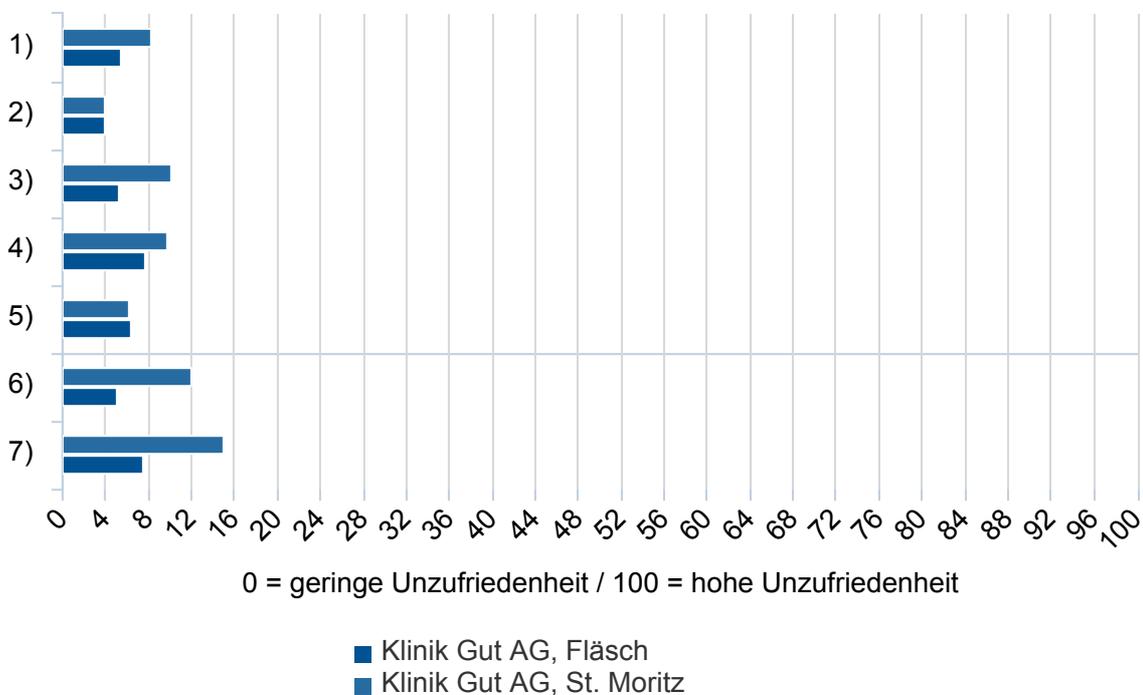
Patiententrükmeldungen ermöglichen es zielgerichtete Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 an allen Standorten durchgeführt. Im Befragungszeitraum wurden alle stationären Patientinnen und Patienten über 18 Jahre, mit Wohnsitz in der Schweiz befragt. Der Versand der Fragebogen (Deutsch und Italienisch) erfolgt kurz nach Klinikaustritt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



| Messergebnisse in Zahlen  |                            |      |       |      |      |
|---------------------------|----------------------------|------|-------|------|------|
|                           | Mittelwerte pro Messthemen |      |       |      |      |
|                           | 1)                         | 2)   | 3)    | 4)   | 5)   |
| Klinik Gut AG, Fläsch     | 5.40                       | 3.90 | 5.20  | 7.70 | 6.30 |
| Klinik Gut AG, St. Moritz | 8.20                       | 3.90 | 10.20 | 9.70 | 6.20 |

| Messergebnisse in Zahlen  |                            |       |                          |                 |
|---------------------------|----------------------------|-------|--------------------------|-----------------|
|                           | Mittelwerte pro Messthemen |       | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
|                           | 6)                         | 7)    |                          |                 |
| Klinik Gut AG, Fläsch     | 5.00                       | 7.40  |                          | - %             |
| Klinik Gut AG, St. Moritz | 11.90                      | 15.00 |                          | - %             |

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

| Angaben zur Messung            |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Mecon                    |
| Methode / Instrument           | MECON-Standardfragebogen |

## 5.2.2 Patienten-Feedbackbögen

Die anonymen Patienten-Feedbackbögen werden bei Austritt an alle Patientinnen und Patienten abgegeben. Sie liefern uns wertvolle positive sowie negative Patientenbemerkungen. Zu den relevanten Verbesserungsvorschlägen werden mit den entsprechenden Zuständigen Personen (Kader oder Prozesseigner) Massnahmen eruiert und umgesetzt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 an allen Standorten durchgeführt. Angaben zum untersuchten Kollektiv: Alle Patientinnen und Patienten die aus der Klinik Gut AG austreten. Doppelte Abgaben sind wenn möglich zu vermeiden.

### Positive Patientenbemerkungen:

#### **St. Moritz:**

*Empfang: Sehr freundlich, kompetent, speditiv. Betreuung vor OP: Top, herzlich, einfühlsam. OP inkl. Team: Super, sehr professionell, eingespielt. Ärzte: Sehr gut, teilweise brillant. Pflegepersonal inkl. Auszubildende 2. Stock: Hilfsbereit, umsorgend gut instruiert. Physio: Fachlich sehr gut, motivierend und doch konsequent. Küche inkl. Personal: Grossartig, einfallsreich, Essen geschmacklich deliziös. Die Speisen wurden richtig warm serviert! Allgemein: Jeden Tag die Tageszeitungen, einfach ideal. Wenn Top of the World einmal stimmt, dann ist es hier in dieser Klinik!*

#### **Fläsch:**

*Ich bekam ein neues Kniegelenk. Die OP verlief sehr gut dank dem Chefarzt und seinem ganzen Team. Die Klinik Gut in Fläsch ist eine Top Klinik. Ein herzliches Dankeschön an alle! An das kompetente und sehr freundliche Pflegepersonal, die jeden Wunsch erfüllen. An das Reinigungsteam und an alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Die Küche war sensationell. Ein Dankeschön dem Küchenchef und seinem Team. Alles war super! Vielen Dank.*

| Angaben zur Messung                             |  |
|---|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Klinik Gut AG, Fläsch**

Standortleitung NB

Carmen Mathis

Standortleitung Nordbünden

081 595 55 06

[c.mathis@klinik-gut.ch](mailto:c.mathis@klinik-gut.ch)

**Klinik Gut AG, St. Moritz**

Standortleitung SB

Julia Kamber

Standortleitung Südbünden

081 836 34 10

[j.kamber@klinik-gut.ch](mailto:j.kamber@klinik-gut.ch)

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Mitarbeiterbefragung

Es wurde eine Mitarbeiterbefragung mit Great Place to work durchgeführt. Im Vorfeld wurde zudem eine Kultur Analyse aus der Sicht des Managements gemacht um in der Folge beides zu Vergleichen und eine Projektgruppe für die kontinuierliche Verbesserung zu initiieren.

Die Mitarbeiterbefragung erfasst die fünf Dimensionen:

Glaubwürdigkeit  
Respekt  
Fairness  
Stolz  
Teamgeist

Das Kulturaudit analysiert:

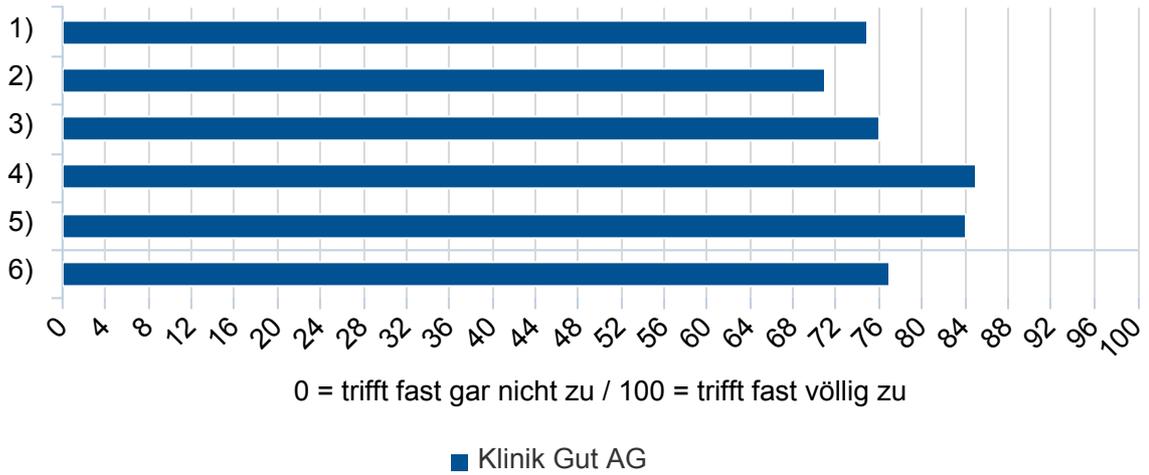
Zuhören  
Informieren  
Inspirieren  
Integrieren  
Beteiligen  
Feiern  
Fürsorgen  
Entwickeln  
Anerkennen

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat August an allen Standorten durchgeführt. Beide Standorte alle Mitarbeitenden der Klinik Gut AG  
Es wurden Online Fragebogen und Papierfragebogen in verschiedenen Sprachen angeboten.  
Alle Mitarbeitenden wurden mehrfach informiert.

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Messthemen

- 1) Glaubwürdigkeit
- 2) Respekt
- 3) Fairness
- 4) Stolz
- 5) Teamgeist
- 6) Trust Index Durchschnitt



| Messergebnisse in Zahlen |                            |       |       |       |       |
|--------------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|
|                          | Mittelwerte pro Messthemen |       |       |       |       |
|                          | 1)                         | 2)    | 3)    | 4)    | 5)    |
| Klinik Gut AG            | 75.00                      | 71.00 | 76.00 | 85.00 | 84.00 |

| Messergebnisse in Zahlen |                            |                          |                 |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------|
|                          | Mittelwerte pro Messthemen | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
|                          | 6)                         |                          |                 |
| Klinik Gut AG            | 77.00                      | 140                      | 60.00 %         |

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

| Angaben zur Messung            |             |
|--------------------------------|-------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | GPTW        |
| Methode / Instrument           | Trust Index |

## 8 Zuweiserzufriedenheit

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

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Belegarztzufriedenheitsbefragung

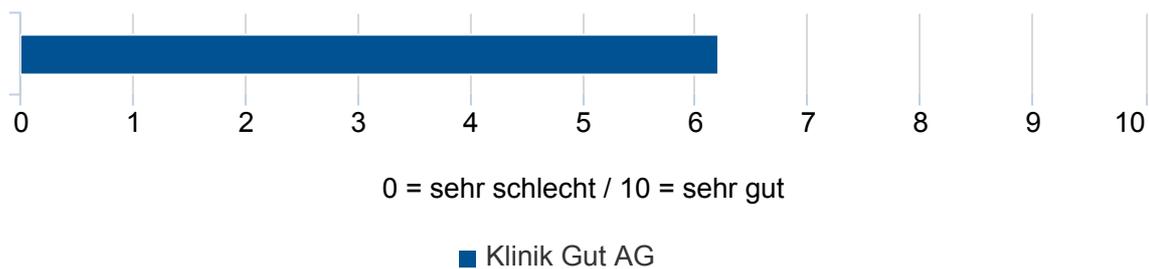
Alle unsere Belegärzte werden jährlich zu ihrer Zufriedenheit in den Bereichen Zusammenarbeit, Infrastruktur, Abläufe und Kompetenz der Mitarbeitenden befragt. Zudem wird anhand des Onlinefragebogens nach positiven sowie negativen Punkten und Verbesserungsvorschlägen gefragt. Insgesamt hat die Klinik steigende Zuweisungen laut interner Zuweiserstatistik. Es finden persönliche Besuche der Zuweisenden durch die Chefärzte/Klinikleitung statt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat September an allen Standorten durchgeführt. Es werden alle Belegärzte der Klinik Gut angefragt.

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Fragen

Gesamtzufriedenheit



| Messergebnisse in Zahlen |            |                          |                 |
|--------------------------|------------|--------------------------|-----------------|
|                          | Mittelwert | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
| Klinik Gut AG            | 6.20       | 6                        | 75.00 %         |

| Angaben zur Messung                             |  |
|---|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

#### Messergebnisse

| Datenanalyse (BFS)                  | 2017  |
|-------------------------------------|-------|
| <b>Klinik Gut AG, Fläsch</b>        |       |
| Anteil externer Rehospitalisationen | 0.26% |
| Verhältnis der Raten*               | 0.19  |
| Anzahl auswertbare Austritte:       | 767   |
| <b>Klinik Gut AG, St. Moritz</b>    |       |
| Anteil externer Rehospitalisationen | 1.28% |
| Verhältnis der Raten*               | 0.82  |
| Anzahl auswertbare Austritte:       | 941   |

\* 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/](http://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. |

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

| Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen: | Klinik Gut AG, Fläsch | Klinik Gut AG, St. Moritz |
|--|-----------------------|---------------------------|
| ▪ Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)   |                       | √                         |
| ▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen  | √                     | √                         |
| ▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen  | √                     | √                         |

**Messergebnisse**

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

| Operationen                             | Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N) | Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % |       |       | adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*) |
|---|--|--|---|-------|-------|---|
|   |  |  | 2015  | 2016  | 2017  |   |
| <b>Klinik Gut AG, St. Moritz</b>        |  |  |   |       |       |   |
| Wirbelsäulen-chirurgie (ohne Implantat) | 12   | 0  | 0.00%                                       | 0.00% | 0.00% | 0.00% (0.00% - 0.00%)                   |

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

| Operationen                                 | Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N) | Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % |       |       | adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*) |
|---|--|--|---|-------|-------|---|
|   |  |  | 2014  | 2015  | 2016  |   |
| <b>Klinik Gut AG, Fläsch</b>                |  |  |   |       |       |   |
| Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen   | 124  | 0  | 2.40%                                       | 0.00% | 0.00% | 1.61% (0.20% - 5.40%)                   |
| Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen | 136  | 0  | 0.00%                                       | 0.00% | 0.00% | 0.74% (0.00% - 4.50%)                   |
| <b>Klinik Gut AG, St. Moritz</b>            |  |  |   |       |       |   |
| Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen   | 68   | 0  | 0.00%                                       | 2.00% | 3.77% | 1.47% (0.00% - 0.00%)                   |
| Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen | 50   | 0  | 0.00%                                       | 0.00% | 0.00% | 0.00% (0.00% - 0.00%)                   |

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

**Angaben zur Messung**

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

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

#### Messergebnisse

|  | 2015                            | 2016  | 2017  | 2018  |
|--|---------------------------------|-------|-------|-------|
| <b>Klinik Gut AG, Fläsch</b>                   |                                 |       |       |       |
| Anzahl im Spital erfolgte Stürze               | 0                               | 0     | 0     | 0     |
| In Prozent                                     | 0.00%                           | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018 | Anteil in Prozent (Antwortrate) |       |       | -     |
| <b>Klinik Gut AG, St. Moritz</b>               |                                 |       |       |       |
| Anzahl im Spital erfolgte Stürze               | 0                               | 1     | 0     | 0     |
| In Prozent                                     | 0.00%                           | 7.10% | 0.00% | 0.00% |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018 | Anteil in Prozent (Antwortrate) |       |       | -     |

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/](http://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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq 18</math> Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul> |
|  | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>                                       |

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

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

| Anzahl Erwachsene mit Dekubitus                |   | Vorjahreswerte  |      |      | 2018 | In Prozent |
|--|---|---|------|------|------|------------|
|  |   | 2015  | 2016 | 2017 |      |            |
| <b>Klinik Gut AG, Fläsch</b>                   |   |   |      |      |      |            |
| Nosokomiale Dekubitusprävalenz                 | Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 | 0   | 0    | 0    | 0    | -          |
|  | Residuum*, Kategorie 2-4                    |   |      | 0    |      | -          |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018 |   | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) |      |      | -    |            |
| <b>Klinik Gut AG, St. Moritz</b>               |   |   |      |      |      |            |
| Nosokomiale Dekubitusprävalenz                 | Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 | 0   | 1    | 0    | 0    | -          |
|  | Residuum*, Kategorie 2-4                    |   |      | 0    |      | -          |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018 |   | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) |      |      | -    |            |

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

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/).

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

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

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

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 interne Prozess Reviews

Das Projekt wird an den Standorten „Klinik Gut AG, Fläsch“, „Klinik Gut AG, St. Moritz“ durchgeführt.

Alle Prozesse werden überarbeitet und in das EQMS eingefügt.

#### 18.1.2 EFQM R4E Auszeichnung

Das Projekt wird an den Standorten „Klinik Gut AG, Fläsch“, „Klinik Gut AG, St. Moritz“ durchgeführt.

#### **Weg zur Excellence**

Unser Ziel ist die Erreichung der EFQM Stufe R4E. Die EFQM Stufe C2E\*\* hat die Klinik Gut im Januar 2017 bereits erreicht.

#### 18.1.3 Projekt GPTW

Das Projekt wird an den Standorten „Klinik Gut AG, Fläsch“, „Klinik Gut AG, St. Moritz“ durchgeführt.

Bearbeitung der Mitarbeiterumfrage mit einem Projektteam um daraus Massnahmen Bottom up abzuleiten und diese in der Folge umzusetzen.

#### 18.1.4 Einführung EQMS

Das Projekt wird an den Standorten „Klinik Gut AG, Fläsch“, „Klinik Gut AG, St. Moritz“ durchgeführt.

Das elektronische Qualitätsmanagementsystem mit mehreren Applikationen wird eingeführt.

Bereits eingeführt:

Dokumentenmanagementsystem und Prozess Visualizer.

Nächste Einführungen:

elektronisches CIRS

Massnahmenmanagement

Rückmelde- und Verbesserungsmanagement

Auditmanagement

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

#### 18.2.1 SELF Assessment EFQM

Das Projekt wurde an den Standorten „Klinik Gut AG, Fläsch“, „Klinik Gut AG, St. Moritz“ durchgeführt.

Das Self Assessment wurde in der ganzen Klinik durchgeführt und Massnahmen daraus abgeleitet für das Ziel die Auszeichnung im 2020 auf der Stufe R4E zu erhalten.

#### 18.2.2 Einführung EQMS

Das Projekt wurde an den Standorten „Klinik Gut AG, Fläsch“, „Klinik Gut AG, St. Moritz“ durchgeführt.

siehe Aktuelle Qualitätsprojekte

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 EFQM R4E Auszeichnung

Die Zertifizierung wird an den Standorten „Klinik Gut AG, Fläsch“, „Klinik Gut AG, St. Moritz“ durchgeführt.

EFQM Weg zur Excellence

### 18.3.2 SLH Requalifikation

Die Zertifizierung wird an den Standorten „Klinik Gut AG, Fläsch“, „Klinik Gut AG, St. Moritz“ durchgeführt.

Requalifikation SLH

## **19 Schlusswort und Ausblick**

Die Verantwortung der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung unseres Qualitätsmanagements liegt bei qualifizierten Qualitätsmitarbeitenden: Einem Qualitätsbeauftragten, einer Qualitätsverantwortlichen, zwei Qualitätszirkeln und den Prozesseignern. Unsere Qualitätspolitik leitet sich von unserer Strategie / unseren Werten ab und ist Grundlage unserer Qualitätsplanung.

Herzlichen Dank für Ihr Interesse am Qualitätsbericht 2018 und Ihr Vertrauen in die Klinik Gut.

Patricia Büchel  
Leitung Qualitätsmanagement Klinik Gut AG

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

### Akutsomatik

| Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen    |  |  | Klinik Gut AG, Fläsch | Klinik Gut AG, St. Moritz |
|---|--|--|-----------------------|---------------------------|
| <b>Basispaket</b>                             |  |  |                       |                           |
| Basispaket Chirurgie und Innere Medizin       |  |  | √                     | √                         |
| <b>Haut (Dermatologie)</b>                    |  |  |                       |                           |
| Wundpatienten                                 |  |  | √                     | √                         |
| <b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>        |  |  |                       |                           |
| Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit) |  |  | √                     | √                         |
| <b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>           |  |  |                       |                           |
| Chirurgie Bewegungsapparat                    |  |  | √                     | √                         |
| Orthopädie                                    |  |  | √                     | √                         |
| Handchirurgie                                 |  |  | √                     | √                         |
| Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens   |  |  | √                     | √                         |
| Arthroskopie des Knies                        |  |  | √                     | √                         |
| Rekonstruktion obere Extremität               |  |  | √                     | √                         |
| Rekonstruktion untere Extremität              |  |  | √                     | √                         |
| Wirbelsäulenchirurgie                         |  |  | √                     | √                         |
| <b>Rheumatologie</b>                          |  |  |                       |                           |
| Rheumatologie                                 |  |  | √                     | √                         |

## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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