

HIRSLANDEN



KLINIK ST. ANNA

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

29.052019
Martin Nufer, Direktor

Version 1

Hirslanden, Klinik St. Anna AG

www.hirslanden.ch



Akutsomatik

Impressum

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

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

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2018

Frau
Ariela Schorpp
Leitung Qualitätsmanagement
41 208 36 41

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.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	14
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	15
4.5 Registerübersicht	16
4.6 Zertifizierungsübersicht	18
QUALITÄTSMESSUNGEN	19
Befragungen	20
5 Patientenzufriedenheit	20
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	20
5.2 Eigene Befragung	21
5.2.1 Patientenbefragung Hirslanden-Gruppe (Press Ganey)	21
5.2.2 Rückmeldeflyer "Ihre Meinung ist und wichtig" (Hirslanden Baby)	21
5.2.3 Patientenbefragung im Kinderwunschzentrum	21
5.2.4 Patientenbefragung im zertifizierten Brustzentrum	22
5.2.5 Patientenbefragung von ambulanten Patienten/Kunden (Sportmedizin, Geburtsvorbereitungskurse, u.w.)	22
5.3 Beschwerdemanagement	22
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	23
7.1 Eigene Befragung	23
7.1.1 Your Voice Mitarbeiterbefragung	23
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	24
9 Wiedereintritte	24
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	24
10 Operationen	25
10.1 Eigene Messung	25
10.1.1 Clinical Indicators der Hirslanden-Kliniken	25
11 Infektionen	26
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	26
12 Stürze	27
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	27
13 Wundliegen	28
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	28

14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	30
14.1	Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen.....	30
14.1.1	Erfassung freiheitsbeschränkender Massnahmen entsprechend des gruppenweiten Standards	30
15	Psychische Symptombelastung	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	Weitere Qualitätsmessung	31
17.1	Weitere eigene Messung	31
17.1.1	IQIP INTERNATIONAL QUALITY INDICATOR PROJECT	31
18	Projekte im Detail	32
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	32
18.1.1	Prozessmanagement	32
18.1.2	Safe Surgery Checkliste.....	33
18.1.3	Harmonisierung der Strukturen QM	33
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	34
18.2.1	Safe Check Intervention.....	34
18.2.2	Zertifizierung der Zentralen Sterilgutversorgung nach DIN EN ISO 13485.....	34
18.2.3	Re-Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015	34
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	35
18.3.1	Überwachungsaudit Platz Luzern	35
18.3.2	DarmkrebsZentrum DKG	35
18.3.3	ProstatakrebsZentrum DKG.....	36
19	Schlusswort und Ausblick	37
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	38
	Akutsomatik	38
	Herausgeber	41

1 Einleitung

Die Hirslanden-Klinik St. Anna ist eine Privatklinik in der Stadt Luzern mit einem städtischen, kantonalen und zentralschweizerischen Einzugsgebiet. Sie ist im Belegarztsystem organisiert, betreibt 200 Betten und gehört zu der Privatklinikgruppe Hirslanden AG, welche in der Schweiz insgesamt 18 Kliniken in 11 Kantonen umfasst. In 2018 wurde die Klinik Meggen in die Klinik St. Anna integriert, womit diese an drei Standorten vertreten ist. Der dritte Standort St. Anna im Bahnhof ist ein ambulant Versorgungszentrum.

Die Hirslanden Klinik St. Anna setzt seit vielen Jahren hohe Massstäbe an eine patientenorientierte und qualitativ hochstehende, medizinische Versorgung und ist bestrebt, sich kontinuierlich als lernende Organisation weiter zu entwickeln. Die Klinik ist seit dem Jahr 2000 nach der Norm EN ISO 9001 zertifiziert und hat im Jahr 2018 erfolgreich die Re-Zertifizierung nach der revidierten Norm EN ISO 9001:2015 für den gesamten Standort Platz Luzern absolviert. Im Jahr 2016 wurde das interdisziplinäre Brustzentrum erstmalig erfolgreich nach den Vorgaben der Schweizer Krebsliga und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie zertifiziert. Spezialisierte Zentren an der Klinik, wie z.B., Endoprotetikzentrum, Urologisches Zentrum und Kinderwunschzentrum verfügen eigenständig über Zertifizierungen.

Nachfolgend werden kurz die Schwerpunkte der einzelnen Standorte vorgestellt:

Das Zentrum St. Anna im Bahnhof bietet ein umfassendes spezialärztliches, ambulant Angebot. Darüber hinaus wurde im letzten Quartal des Jahres 2018 ein ambulant Operationszentrum auf modernstem Stand eröffnet.

Die Integration der **Hirslanden Klinik Meggen** ermöglicht eine optimale Nutzung von Synergien, wobei die Hirslanden Klinik Meggen ihren Schwerpunkt in der ambulant operativen und kurzstationären Versorgung hat.

Die **Klinik St. Anna** fungiert als Zentrumsspital und unterstützt die beiden anderen Standorte mit verschiedenen administrativen, administrativ organisatorischen und medizinischen Spezialleistungen.

Die Hirslanden-Kliniken am Platz Luzern wie auch die Hirslanden-Gruppe stellt in ihrer Qualitätsarbeit die Patientensicherheit in den Mittelpunkt. Entsprechend wird kontinuierlich an dem Durchdringungsgrad des gruppenweiten Konzeptes zur Patientensicherheit gearbeitet.

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

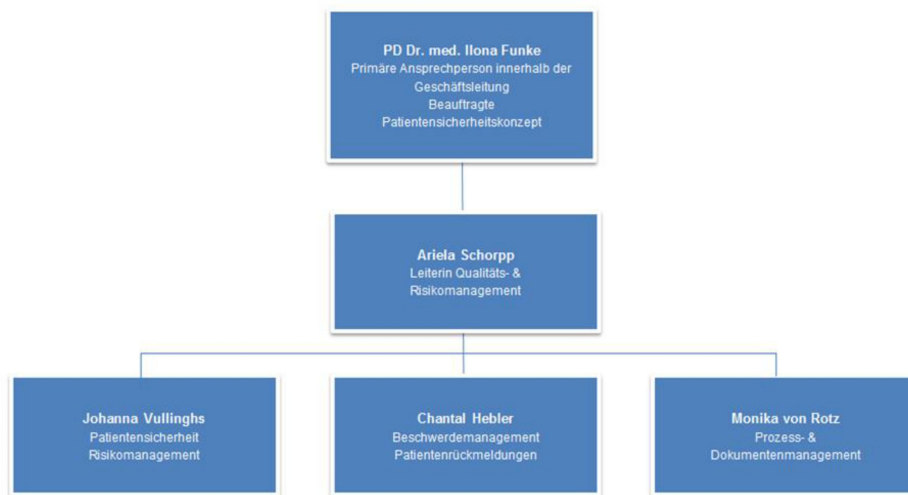
2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organisatorische Regelung
Qualitätsmanagement / Organisation Qualitätsmanagemnet



Organigramm Qualitätsmanagement Klinik St. Anna



Version: 1
Freigegeben von: von Rotz, Monika

Gültig ab: 27.08.2018
Dokumentenname: Organigramm QM Klinik St. Anna

Seite 1 von 1

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **340** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Ariela Schorpp
Leitung Qualitätsmanagement
+41 41 208 36 41
ariela.schorpp@hirslanden.ch

3 Qualitätsstrategie

Die Qualitätspolitik der Privatklinikgruppe Hirslanden:

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

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

Die erfolgreiche Re-Zertifizierung der Hirslandenklinik St. Anna nach der revidierten Norm EN ISO 9001:2015 im Sommer 2018 ist Ausdruck eines gelebten und umfassenden Qualitätsverständnisses. In diesem Sinne lag der Fokus im Berichtsjahr auf der Integration des Standortes Klinik Meggen in die zentralen Strukturen des Qualitätsmanagements und auf der Re-Zertifizierung der ZSVA (Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung) nach der revidierten Norm EN ISO 13485:2016.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

Die gesetzten Qualitätsziele wurden im Laufe des Jahres vollständig umgesetzt. Die Qualitätspolitik der Hirslanden-Gruppe wurde stärker verankert. Qualitätsziele werden mit Bezug auf die Qualitätspolitik und Strategie definiert und verfolgt.

Im Berichtsjahr lag der Schwerpunkt auf der erfolgreichen Re-Zertifizierung des Qualitätsmanagements nach der revidierten Norm EN ISO 9001:2015 sowie der positive Abschluss des Stage One Audits zur Re-Zertifizierung der Zentralsterilisation.

Das Risikomanagement wurde auf Prozessebene ausgerollt, so dass alle Prozesse einer eingehenden Risikoanalyse unterzogen wurden.

Instrumente zur Messung der medizinischen Ergebnisqualität, ausserhalb der Messungen des ANQ, befinden sich im Aufbau, um durch tiefergehende Analysen Informationen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung zu erhalten.

Weiterhin liegt ein Fokus auf der zentrenspezifischen Qualitätsarbeit mit angestrebten Fachzertifizierungen in unterschiedlichen Disziplinen.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Klinik fokussiert weiterhin auf die zunehmenden Anforderungen der hochspezialisierten Medizin (HSM), um den Patienten der Hirslanden Klinik St. Anna auch in Zukunft ein breites und qualitativ hochstehendes Angebot an medizinischen Leistungen bieten zu können. Hierbei steht die Bildung von interdisziplinären Kompetenzzentren mit entsprechenden Fachzertifizierungen im Mittelpunkt.

Die Patientensicherheit gilt als kontinuierlicher und zentraler Schwerpunkt der klinischen Qualitätssicherung. Neben der fortlaufenden Umsetzung und Erweiterung des Hirslanden Patientensicherheitskonzeptes werden unter diesem Aspekt nationale Empfehlungen der Stiftung Patientensicherheit fortlaufend geprüft und deren Umsetzung in klinikspezifischen Einzelprojekten erarbeitet.

Die standardisierte Durchführung interner und externer Audits, Assessments sowie Peer Review-Verfahren zur gezielten Prozessüberwachung und Prozessverbesserung wird weiterhin ausgebaut.

Die Gesamthaus-Zertifizierung nach der Norm EN ISO 9001:2015 sowie die Zertifizierung der Zentralsterilisation nach EN ISO 13485:2016 werden als Ausdruck unseres umfassenden Qualitätsverständnisses und als Nachweis exzellenter Qualität weiter betrieben.

Die Klinik St. Anna engagiert sich in nationalen Projekten zur Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung wie beispielsweise dem Swisnoso-Projekt zur Reduktion postoperativer Wundinfektionen.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

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

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patientenbefragung Hirslanden-Gruppe (Press Ganey)
▪ Rückmeldeflyer "Ihre Meinung ist und wichtig" (Hirslanden Baby)
▪ Patientenbefragung im Kinderwunschzentrum
▪ Patientenbefragung im zertifizierten Brustzentrum
▪ Patientenbefragung von ambulanten Patienten/Kunden (Sportmedizin, Geburtsvorbereitungskurse, u.w.)
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Your Voice Mitarbeiterbefragung
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Operationen</i>
▪ Clinical Indicators der Hirslanden-Kliniken
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
▪ Erfassung freiheitsbeschränkender Massnahmen entsprechend des gruppenweiten Standards
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ IQIP INTERNATIONAL QUALITY INDICATOR PROJECT

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Umsetzung des Patientensicherheitskonzeptes der Hirslanden Gruppe

Ziel	Kontinuierliche Sicherstellung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche von Hirslanden Platz Luzern (Klinik St. Anna, Klinik Meggen, St. Anna im Bahnhof)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Januar - Dezember 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Prozessoptimierung
Methodik	Prozessanpassung, Anpassung Dokumente; Schulung MA aller Berufsgruppen
Involvierte Berufsgruppen	Operative Disziplinen, Pflegedienst, Tagesklinik; Anästhesie; Apotheke; Labor
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Projekt läuft im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses weiter.

Einheitliche Safe Surgery Checkliste

Ziel	Vereinheitlichung der Safe Surgery Checkliste bei allen drei Standorten Hirslanden Platz Luzern und somit Erhöhung der Patientensicherheit Bereich: operative Disziplin aller drei Standorte.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche von Hirslanden Platz Luzern (Klinik St. Anna, Klinik Meggen, St. Anna im Bahnhof)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Prozessoptimierung und Erhöhung der Patientensicherheit
Methodik	In Zusammenarbeit mit allen drei Standorten Ausarbeitung einer einheitlichen Safe Surgery Checkliste OP (sowie Einführung und Schulung 2019)
Involvierte Berufsgruppen	Operation, Anästhesie, Operative Disziplin, Pflegedienst, Tagesklinik, OSU St. Anna im Bahnhof
Evaluation Aktivität / Projekt	Nach der Einführung an allen drei Standorten wird die Umsetzung des Projektes durch interne Audits evaluiert.

Verschlankung und Vereinheitlichung der Prozesslandkarte am Standort Luzern

Ziel	Migration der Prozesse und Dokumente in die neue konzernweite Software Signavio (2021)
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche von Hirslanden Platz Luzern (Klinik St. Anna, Klinik Meggen, St. Anna im Bahnhof)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Januar – Dezember 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Optimale Vorbereitung der Prozesse und Dokumente für die Migration ins Signavio 2021.
Methodik	Prozessüberarbeitung und -anpassung
Involvierte Berufsgruppen	Prozesseigner
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Projekt läuft im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Room of Horror

Ziel	Fokus Patientensicherheit, Sensibilisierung der Mitarbeitenden
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche von Hirslanden Platz Luzern (Klinik St. Anna, Klinik Meggen, St. Anna im Bahnhof)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	August 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Stärkung der Patientensicherheit
Methodik	Installation eines fiktiven Patientenzimmers mit potentiellen Risiken für den Patienten
Involvierte Berufsgruppen	Allen Berufsgruppen zugänglich
Evaluation Aktivität / Projekt	Hohe Teilnehmerquote / Es wurden Fehler gefunden, die vom Projektteam nicht eingeplant waren.

Umstellung auf revidierte Zertifizierung ISO EN 9001:2015

Ziel	Umstellung der Norm ISO 9001:2008 auf ISO 9001:2015
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche von Hirslanden Platz Luzern (Klinik St. Anna, Klinik Meggen, St. Anna im Bahnhof)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Januar - August 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die alte Norm 9001:2008 musste spätestens 2018 durch die neue Norm „abgelöst“ werden.
Methodik	Information bezüglich neuen Normanforderungen und laufende Unterstützung in der Umsetzung
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen der Klinik
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierung durch SQS vom August 2018

Umstellung auf revidierte Zertifizierung ISO EN 13485:2016

Ziel	Umstellung der Norm ISO 13485 auf ISO 13485:2016
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche von Hirslanden Platz Luzern (Klinik St. Anna, Klinik Meggen, St. Anna im Bahnhof)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	unterjährige Arbeit
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die alte Norm ISO EN 13485 muss durch eine neue Norm "abgelöst" werden.
Methodik	Information bezüglich neuen Normanforderungen und laufende Unterstützung in der Umsetzung
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen der Klinik
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierung durch SQS Januar 2019

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 2008 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.

Bemerkungen

Seit der Einführung des CIRS-Meldetools in unserer Klinik im Jahr 2008, ist die Zahl der Meldungen stetig angestiegen. Dies ist das Ergebnis der Schulung unserer Mitarbeitenden und Ausdruck der Akzeptanz des Meldeportals.

Das Team der CIRS-Verantwortlichen (CV) besteht aus 14 Mitgliedern aus unterschiedlichen Fachabteilungen und ist interdisziplinär besetzt. Die Mitglieder treffen sich regelmässig 4x jährlich zu einer CIRS-Zirkel. Die Zirkel dienen dem fachlichen Austausch sowie der Bearbeitung fachübergreifender CIRS-Meldungen. Darüber hinaus finden zweimal im Jahr klinikübergreifende Netzwerktreffen der Hirslanden-Gruppe zum Erfahrungsaustausch statt.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2008 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

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

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

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qr/applet/53988633aff17663cd7f7751d5fdb3c8c99dadd/> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2018 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

Bemerkungen

Das Peer Review Verfahren 2018 stand unter dem Thema "Sterblichkeit bei viszeralchirurgischen Eingriffen".

Grundsätzlich wird der Klinik St. Anna in den begutachteten Fällen eine adäquate und zeitgerechte Diagnostik und Therapie sowie Nachsorge bescheinigt. Die identifizierten Verbesserungspotenziale sowie die Lösungsvorschläge wurden analysiert und diskutiert. Es wurde festgehalten, dass diese, unabhängig der Ergebnisse der Peer Group, in der Vergangenheit in der Klinik St. Anna schon erkannt und Massnahmen umgesetzt wurden, so dass die Vorschläge der Peer Group heute schon zu unserem Arbeitsalltag gehören.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA MONITORING DER ANÄSTHESIEQUALITÄT IN DER SCHWEIZ	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation sgar-ssar.ch/a-qua/	als korrekt befunden
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	
BIR Schweizer Brust Implantat Register	Plastische Chirurgie	health care research institute AG www.hcri.ch	als korrekt befunden
Dialyseregister Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	als korrekt befunden
FIVNAT-CH Fécondation In Vitro National	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch	
IDES Register Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenks-prothesen	Orthopädische Chirurgie	MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie www.memcenter.unibe.ch	
Infreporting MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	
Mammaimplantatregister Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	MEM Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch	
MDSi	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin	

Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI		www.sgi-ssmi.ch	
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch	als korrekt befunden
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	als korrekt befunden
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	als korrekt befunden
SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	
srrqap Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Stadtspital Waid, Institut für Nephrologie www.swissnephrology.ch -> srrqap	als korrekt befunden
Swiss Spine SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch	
Swiss TAVI Registry Nationales Register zur Erfassung von Erwachsenen die eine Transkatheter- Aortenklappenimplantation erhielten	Herz- und thorak. Gefässchirurgie, Kardiologie	Universitätsspital Bern, Inselspital, Abteilung für Kardiologie www.swisstaviregistry.ch	als korrekt befunden
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	
TR-DGU TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumaregister.de	als korrekt befunden
ZDR Zentrales Dosisregister	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Gesundheit www.bag.admin.ch	von Dosilab an ZDR weitergeleitet
KR Zentralschweiz Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden	Alle	www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/ zentralschweizer-krebsregister.html	

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
EN ISO 9001:2015	Gesamte Klinik mit den drei Standorten Klinik St. Anna, Klinik Meggen und St. Anna im Bahnhof	2000	2018	
EN ISO 13485:2016	Zentralsterilisation Klinik St. Anna	2017	2019	
Schweizer Krebsliga und Schweizerische Gesellschaft für Senologie in der Version von 2015	Interdisziplinäres Brustzentrum	2016	2016	Re-Zertifizierung turnusmässig in 2020
EFQM, Recognised for Excellence 3***	Gesamte Klinik	2008	2013	3-Sterne in 2013. Keine weitere Auditierung geplant
Zertifizierung IPS durch SGI	Intensivstation	2003	2019	
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies	Hirnschlagzentrum	2014	2017	Nicht weiter verfolgt
Union Schweizer Gesellschaft für Gefässkrankheiten (USGG)	Gefässzentrum	2015	2017	
Vorgaben des Alterstraumazentrums DGU	AltersunfallZentrum	2015	2016	

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

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/.

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

Begründung

Die Messergebnisse zur nationalen Patientenbefragung in der Akutsomatik werden von ANQ auf der Webseite www.anq.ch in vergleichender Darstellung veröffentlicht.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenbefragung Hirslanden-Gruppe (Press Ganey)

Über die nationale Befragung durch ANQ hinaus gehend haben Patienten der Hirslanden-Gruppe die Möglichkeit an einer kontinuierlichen, stationären Patientenbefragung teilzunehmen. Diese Messung der Patientenzufriedenheit wird durch das renommierte Institut Press Ganey durchgeführt. Dieses Institut ist eine internationale Gesellschaft mit Sitz in den USA, mit langjähriger Expertise im Bereich Patientenzufriedenheitsmessungen und ermöglicht den Vergleich in diversen Benchmarks.

Im Jahr 2018 haben 4.089 Patienten an der Befragung teilgenommen. Die Weiterempfehlungsrate der Hirslanden Klinik St. Anna liegt bei 86.2%.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
In allen stationären Fachabteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse aller Hirslanden-Kliniken werden in einem internen Benchmark ausgewiesen und sowohl gesamthaft als auch pro Klinik analysiert und Verbesserungen daraus abgeleitet.

5.2.2 Rückmeldeflyer "Ihre Meinung ist und wichtig" (Hirslanden Baby)

Wöchnerinnen der Hirslanden Klinik St. Anna haben die Möglichkeit ihre Meinung in einem internen Fragebogen "Ihre Meinung ist uns wichtig" mitzuteilen. Alle Rückmeldungen werden systematisch erfasst, bearbeitet, ausgewertet und Verbesserungsmaßnahmen aus den Ergebnissen abgeleitet. Im Jahr 2018 sind insgesamt 297 Rückmeldungen von Hirslanden Baby-Flyern erfasst worden. Die Wiederempfehlungsrate der Wöchnerinnen liegt bei 91.4%.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Patientinnen unserer Babystation

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

-

5.2.3 Patientenbefragung im Kinderwunschzentrum

Eine Befragung der Patienten des Kinderwunschzentrums wird kontinuierlich durchgeführt. Die Ergebnisse werden intern evaluiert und Massnahmen abgeleitet.

Die Weiterempfehlungsrate liegt bei 93%.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Kinderwunschzentrum

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

-

5.2.4 Patientenbefragung im zertifizierten Brustzentrum

Zur Ermittlung der Zufriedenheit der Patientinnen wird eine unterjährige, kontinuierliche Befragung durchgeführt.

Das BrustZentrum erreichte im Jahr 2018 eine Weiterempfehlungsrate von 100%.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Zertifiziertes Brustzentrum der Hirslanden Klinik St. Anna

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

-

5.2.5 Patientenbefragung von ambulanten Patienten/Kunden (Sportmedizin, Geburtsvorbereitungskurse, u.w.)

Neben der routinemässigen Befragung unsere stationären Patienten, führen wir auch Befragungen in vielen ambulanten Bereichen durch. Aufgrund der Entwicklung im Gesundheitswesen, ist die Kenntniss der ambulanten Patientenerwartungen für die Klinik St. Anna von grosser Bedeutung. Ergebnisse werden intern analysiert und gegebenenfalls Massnahmen aufgearbeitet.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
U.a. im Standort St. Anna im Bahnhof (Sportmedizin, Leistungsdiagnostik) sowie im Bereich Physiotherapie.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

-

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Hirslanden, Klinik St. Anna AG
Kundenrückmeldeverantwortliche
Chantal Hebler
Kontaktperson für Patienten und Mitarbeiter
+41 41 208 37 72
chantal_hebler@hirslanden.ch

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Your Voice Mitarbeiterbefragung

Die oben genannte Mitarbeiterbefragung wurde im November 2018 zum vierten Mal in allen Kliniken der Hirslanden-Gruppe durchgeführt. Diese Umfrage erfolgt in Zusammenarbeit mit dem international renommierten Gallup Institut.

Mit dieser Umfrage wird die Zufriedenheit der Mitarbeiter und die Mitarbeiterbindung erfasst und analysiert. Durch gezielte Massnahmen wird die Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit und eine noch stärkere Mitarbeiterbindung an die Klinik St. Anna angestrebt. In verschiedenen Gremien der Klinik werden Kadermitarbeiter befähigt Ergebnisse zu interpretieren, um anschliessend gemeinsam mit ihren Teams geeignete Verbesserungsmassnahmen abzuleiten.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt.
Alle Abteilungen/Bereiche der Klinik wurden einbezogen.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

-

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

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/.

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

Begründung

Die Messungen mit dem SQLape-Tool ergeben keine plausiblen Daten. Daher verzichtet die Hirslanden Klinik St Anna auf die Publikation dieser nicht validierten Ergebnisse.

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

10 Operationen

10.1 Eigene Messung

10.1.1 Clinical Indicators der Hirslanden-Kliniken

Auf Basis des International Quality Indicator Project erhebt die Privatklinikgruppe Hirslanden u.a. den Hauptindikator "ungeplante Reoperationen" und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Bewertung der Ergebnisqualität in der Medizin. Diese erhobenen Kennzahlen sind relevant für die Festlegung von möglichen Verbesserungsmassnahmen und gewährleisten damit einen kontinuierlichen Optimierungsprozess.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Alle chirurgischen Abteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

-

Bemerkungen

-

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

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

Messergebnisse

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/.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

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/.

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

Begründung

Die Ergebnisse werden monatlich evaluiert und, sofern nötig, werden Massnahmen eingeleitet. Verschiedene Massnahmen zur Sturzprävention (z.B. Infrastruktur, Mitarbeiterschulung, Patientenschulung, Pflegestandards) werden in der Hirslanden Klinik St. Anna konsequent durchgeführt.

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.

13 Wundliegen

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

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

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

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

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

Messergebnisse

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/.

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

Begründung

Die ANQ-Messungen sind mit den spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnissen nur bedingt aussagekräftig.

Die Ergebnisse der Messung werden intern analysiert und evaluiert. Sofern nötig, werden Massnahmen zur Verbesserung eingeleitet. Neben definierten Pflegestandards werden alle erworbenen und mitgebrachten Dekubiti dokumentiert und im interdisziplinären Team besprochen. Die Hirslanden Klinik St. Anna hat seit Jahren Pflegestandards zur Dekubitusprophylaxe, ein standardisiertes Wundkonzept sowie ausgebildete Wundexperten etabliert.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

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 Erfassung freiheitsbeschränkender Massnahmen entsprechend des gruppenweiten Standards

Die Erfassung freiheitsbeschränkender Massnahmen sichert den verantwortungsbewussten und restriktiven Einsatz ausschliesslich zum Schutz der Patienten oder der an der Behandlung beteiligten Mitarbeitenden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Alle Pflegebereiche der Klinik

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden intern diskutiert und bewertet.

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 IQIP INTERNATIONAL QUALITY INDICATOR PROJECT

Das International Quality Indicator Projekt (IQIP) wurde 1985 von Spitälern im US-Bundesstaat Maryland entwickelt und war mit weltweit über 2 000 teilnehmenden Gesundheitsorganisationen das bedeutendste Forschungsprojekt und Verfahren zur Bewertung der Ergebnisqualität in der Medizin. Das Projekt wurde jedoch im Jahr 2013 nach der Übernahme durch den US-Anbieter Press Ganey eingestellt. Der Hauptgrund war die Fokussierung des US-Spitalmarktes auf verpflichtende staatliche Qualitätsindikatoren, die wenig Raum für ergänzende Messungen zuließen. Die Privatklinikgruppe Hirslanden setzt die etablierten Messungen jedoch im Rahmen einer Eigeninitiative fort. Für die Messungen gibt IQIP klar definierte Standards vor. Danach müssen die Spitäler folgende Hauptindikatoren erheben: ungeplante Wiederaufnahme ins Spital, ungeplante Rückkehr in den Operationssaal, dokumentierte Stürze, Sterblichkeit und Wundliegen (Dekubitusrate) (siehe entsprechende ANQ Daten).

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Diese Messungen haben wir im Jahr 2018 in allen stationären Abteilungen/Bereichen durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Nähere Angaben sind im veröffentlichten Qualitätsbericht der Hirslanden-Gruppe einsehbar.

Bemerkungen

-

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Prozessmanagement

Projektart:

Aktualisierung des Prozess- und Dokumentenmanagements

Ziele:

- Bestehende Prozesslandkarte entspricht den aktuellen Strukturen der Klinik-Prozesse
- Mitgeltende Dokumente werden in standardisierter Form dokumentiert
- Behandlungsabläufe werden entlang der Patientenpfade dokumentiert
- Einführung standardisierter Prozessaudits zur Überprüfung der Wirksamkeit
- Jährliche Prozessreview durch die Prozesseigner mit integriertem Risikomanagement auf Prozessebene

Involvierte Berufsgruppen:

Gesamte Klinik

Projektablauf:

Harmonisierung der Prozesse am Platz Luzern. Wo nötig werden die Kernprozesse der Standorte Klinik Meggen und St. Anna im Bahnhof Luzern separat ausgewiesen.

Alle Prozesskarten werden regelhaft im Sinne eines KVP überarbeitet und aktualisiert. In die regelhafte Überarbeitung wird das Risikomanagement auf Prozessebene aufgenommen. Jeder Prozess wird einer SWOT-Analyse unterzogen. Risiken werden beschrieben und ab einem definierten Risikoring ist eine Massnahmendefinition zwingend vorgeschrieben.

18.1.2 Safe Surgery Checkliste

Der Einsatz der bestehenden Safe Surgery Checklisten (SSL) wurde anhand von Dokumentenaudits überprüft. Als Ergebnis wurde festgehalten, dass die formale Gestaltung sowie die Inhalte der Checklisten eine Aktualisierung benötigen. Hinzu kam, dass die Klinik Meggen in die Klinik St. Anna integriert wurde und Operateure an den drei Standorten operieren können.

Projektart:
Patientensicherheitsprojekt

Projektziel:
Eine einzige, einheitliche Safe Surgery Checkliste (SSL) für alle operativen Bereiche (ambulant und stationär) für alle Standorte am Platz Luzern.

Projektablauf:
Eine Arbeitsgruppe mit Mitgliedern aus den drei Standorten wurde gebildet. Eine Ist-Analyse der SSL wurde vorgenommen sowie die Anforderungen an eine WHO-konforme SSL geklärt. Anschliessend wurden die Kernpunkte für die SSL definiert. Ein Draft wurde an die Verantwortlichen zur kritischen Durchsicht versandt. Nach Ablauf der Deadline wurden die Informationen in der Arbeitsgruppe auf- und eingearbeitet.

Involvierte Berufsgruppen:
Patientensicherheitsbeauftragte, Vertreter der Standorte, QM.

Projektevaluation:
Das Projekt wird in 2019 weitergeführt. Im Frühjahr 2019 laufen die Schulungen zur neuen SSL. Der Start der überarbeiteten SSL ist für den 01. Juli 2019 terminiert.

18.1.3 Harmonisierung der Strukturen QM

Die Integration der Hirslanden Klinik Meggen in die Strukturen der Hirslanden-Klinik St. Anna und die damit verbundenen organisatorischen Veränderungen erforderten auch eine Modifikation des Qualitätsmanagements.

Projektart: Organisationsprojekt

Projektziel: Harmonisierung der Prozesse des Qualitätsmanagements

Projektablauf/Methodik:
1) Ist-Aufnahme zur Festlegung der Struktur und Organisation am Standort Meggen
2) Definition der Aufgaben mit Priorisierung
3) Festlegung der Aufgaben am Standort Meggen mit Verantwortlichen
4) Festlegung der Aufgaben des zentralen Qualitätsmanagements
5) Integration des Standortes Meggen in die Kommunikationsstrukturen des zentralen Qualitätsmanagements

Involvierte Berufsgruppen:
Zentrales Qualitätsmanagement Standort St. Anna, Leitung des Standortes Klinik Meggen, Pflegeexpertin Platz Luzern, leitende Mitarbeitende der jeweiligen Bereiche.

Projektevaluation:
Der theoretische Aufbau der Organisationsstrukturen ist weitestgehend abgeschlossen. An der Durchdringung wird weiterhin gearbeitet. Die Integrationsarbeiten werden in 2019 weitergeführt.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Safe Check Intervention

Projektart:

Überarbeitung der bestehenden Prozesse und Dokumente

Projektziel:

Einführung des Safe Check Intervention in den Bereichen Radiologie, Endoskopie, Herzkatheterlabor/Angiologie und dem Kinderwunschzentrum zur Erhöhung der Patientensicherheit.

Alle Berufsgruppen der beteiligten Fachabteilungen sind mit den geltenden Richtlinien vertraut und halten diese ein.

18.2.2 Zertifizierung der Zentralen Sterilgutversorgung nach DIN EN ISO 13485

Projektart: Internes Projekt

Projektziel:

Überprüfung und Bestätigung durch ein unabhängiges und akkreditiertes Unternehmen, sodass die Prozesse der ZSVA den hohen Qualitätsansprüchen der DIN EN ISO 13485 entsprechen.

Die Zentrale Sterilgutversorgung der Hirslanden Klinik St. Anna wurde im Januar 2018 erfolgreich durch die Schweizerische Vereinigung für Qualitäts- und Managementsysteme (SQS) zertifiziert. Die jährlichen Überwachungsaudits werden im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses durchgeführt.

18.2.3 Re-Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015

Projektart: Internes Projekt

Projektziel: Re-Zertifizierung der Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern nach der DIN EN ISO 9001:2015

Projektablauf/Methodik:

Die Anforderungen der Norm wurden den Führungskräften vorgestellt. Mit Unterstützung des Qualitätsmanagements werden die notwendigen Prozesse und Anforderungen der neuen Norm erarbeitet, umgesetzt und überprüft.

Involvierte Berufsgruppen:

Gesamte Klinik.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Überwachungsaudit Platz Luzern

Projektart:
Qualitätsmanagementprojekt.

Projektziel:
Erfolgreiches Überwachungsaudit für die Klinik St. Anna mit ihren drei Standorten im September 2019

Methodik:
Verfolgung der Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen aus dem Re-Zertifizierungsaudit.
Aktualisierung der Dokumente zu neuen oder angepassten Prozessen.
Schulung der Mitarbeiter zu QM-Themen, z.B. Prozessrisiken.

Involvierte Berufsgruppen:
Alle

18.3.2 DarmkrebsZentrum DKG

Projektart:
Zertifizierungsprojekt

Projektziel:
Aufbau eines ProstatakrebsZentrums an der Klinik St. Anna unter Einbindung der Belegärzte. Klärung von Strukturen und Prozessen.

Methodik:
Implementieren der in den Zertifizierungsvorgaben formulierten Strukturen und Prozesse unter Einbezug der betroffenen Abteilungen. Erstellen der zugehörigen Dokumente.

Involvierte Berufsgruppen:
Ärzte (Urologie, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie, Radiologie, Psychoonkologie), Pflege, Nuklearmedizin, Schmerztherapie, Physiotherapie, Sozialdienst, Palliativmedizin, Labormedizin, Rehabilitationsmedizin, Administration, Tumordokumentation.

Projektevaluation/Konsequenzen:
Projekt wird mit der Zertifizierung evaluiert (Zertifizierung ja/nein), Weiterverfolgen allfälliger Feststellungen und Abweichungen.

Weiterführende Unterlagen:
<https://www.onkoert.de/organ/prostata/>

18.3.3 ProstatakrebsZentrum DKG

Projektart:
Zertifizierungsprojekt

Projektziel:
Aufbau eines DarmkrebsZentrums an der Klinik St. Anna unter Einbindung der Belegärzte. Klärung von Strukturen und Prozessen.

Methodik:
Implementieren der in den Zertifizierungsvorgaben formulierten Strukturen und Prozesse unter Einbezug der betroffenen Abteilungen. Erstellen der zugehörigen Dokumente.

Involvierte Berufsgruppen:
Ärzte (Viszeralchirurgie, Gastroenterologie, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie, Radiologie, Psychoonkologie), Pflege, Stomatherapie, Ernährungsberatung, Genetik, Nuklearmedizin, Schmerztherapie, Physiotherapie, Sozialdienst, Palliativmedizin, Labormedizin, Rehabilitationsmedizin, Administration, Tumordokumentation.

Projektelevaluation/Konsequenzen:
Projekt wird mit der Zertifizierung evaluiert (Zertifizierung ja/nein), Weiterverfolgen allfälliger Feststellungen und Abweichungen.

Weiterführende Unterlagen:
<https://www.onkozert.de/organ/darm/>

19 Schlusswort und Ausblick

Für die Hirslanden Klinik St. Anna steht die jederzeit qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten im Zentrum ihrer Aktivitäten.

Deshalb arbeiten wir kontinuierlich daran:

- unser Wissen auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand zu halten
- eine apparative Ausstattung auf höchstem technologischem Niveau anzubieten
- unsere Mitarbeitenden zu motivieren und qualifizieren
- eine messbar hohe Ergebnisqualität zu erreichen

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)

Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefäße
Gefäßchirurgie periphere Gefäße (arteriell)
Interventionen periphere Gefäße (arteriell)
Gefäßchirurgie intraabdominale Gefäße
Interventionen intraabdominale Gefäße
Gefäßchirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefäße
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Plexuschirurgie
Rheumatologie

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

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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