

# Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

17.06.2020  
Daniel Junker, COO

Version 1



## 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 2019.

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 2019

Helge Schmidt  
Leiter Qualitätsmanagement  
058 335 31 95  
[helge.schmidt@pallas-kliniken.ch](mailto:helge.schmidt@pallas-kliniken.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil. Nach Akutsomatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichsspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualitätsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitälern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: [www.patientensicherheit.ch/momo](http://www.patientensicherheit.ch/momo).

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualitätsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

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. Andererseits 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, wenn 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 .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019 .....	9
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 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 .....	16
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 .....	21
5.2.1 Fragebogen Zufriedenheit Patient .....	21
5.2.2 Feedbackflyer stationär .....	21
5.2.3 Happy or Not Touchterminalbefragung .....	22
5.3 Beschwerdemanagement .....	22
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>23</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>23</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	23
<b>10 Operationen</b> .....	<b>24</b>
10.1 Eigene Messung .....	24
10.1.1 VK-Spülung / Reposition .....	24
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>25</b>
11.1 Eigene Messung .....	25
11.1.1 Infekt Auge .....	25
<b>12 Stürze</b> .....	<b>26</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	26
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>27</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	27
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

<b>16</b>	<b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung</b>	<b>29</b>
17.1	Weitere eigene Messung	29
17.1.1	Prozesskennzahl im Praxisbetrieb	29
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b>	<b>30</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	30
18.1.1	Ausbau des Krankenhausinformationssystems	30
18.1.2	Risikomanagement	30
18.1.3	Scrum Boards	31
18.1.4	Reorganisation des Auditwesens	31
18.1.5	Talant LMS	31
18.1.6	EPD	31
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019	32
18.2.1	Patientenbefragung Ophthalmologie	32
18.2.2	Patientenbefragung Pflegedienst	32
18.2.3	Interne Audits	33
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	33
18.3.1	ISO 9001:2015 Aufrechterhaltung	33
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b>	<b>34</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b>	<b>35</b>
	Akutsomatik	35
	<b>Herausgeber</b>	<b>36</b>

## 1 Einleitung

Die Pallas Kliniken sind an mittlerweile 17 Standorten in der Deutschschweiz vertreten und zählen zu den führenden Augenkliniken der Schweiz.

Unser Erfolg lässt sich gut an der Zufriedenheit unserer Patienten messen, sondern auch an unserem Wachstum der zusätzlichen geschaffenen Arbeitsplätze für Ärzte. Ebenso ist die Beliebtheit bei Assistenzärzten eine sehr erfreuliche Rückmeldung. .

Unseren Patienten bieten wir ein breites Spektrum an Dienstleistungen in den Fachbereichen Augenheilkunde, Venenheilkunde, Dermatologie und Plastische Chirurgie. Zudem wird unser Leistungsangebot durch unsere rund 12 Belegärzte ergänzt, welche in diversen Fachbereichen tätig sind.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

Ganz nach unserem Leitbild „Exzellente Medizin und Menschliche Behandlung“ verbinden wir Spitzenmedizin und modernste Technologie mit individueller, menschlicher Behandlung.

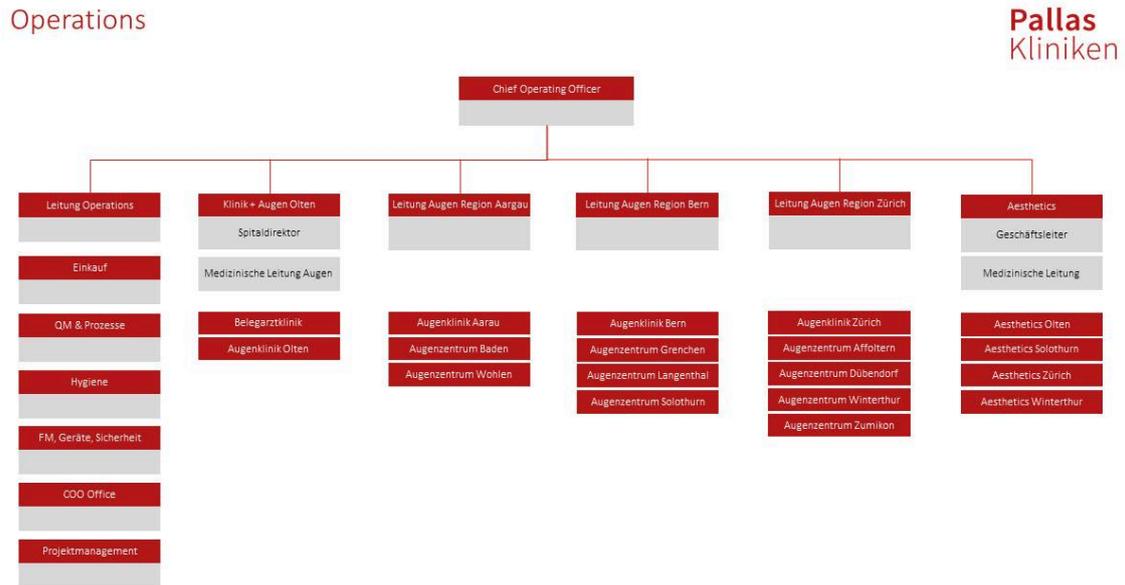
Der Mensch und seine Bedürfnisse stehen bei uns stets im Zentrum. Dies gilt nicht nur für unsere Patienten und deren Angehörige, sondern auch für unsere Mitarbeiter. Durch unseren hohen Qualitätsanspruch verpflichten wir uns selbst dazu, die Qualität unserer Dienstleistungen sehr hoch zu halten und investieren daher gezielt in die Umsetzung innovativer Ideen und Massnahmen.

So stärken wir das Vertrauen unserer Patienten und Mitarbeiter in unser Unternehmen und unsere Behandlungsqualität.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **200** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Helge, Schmidt

Leitung QM u. Prozesse

058 335 31 95

[helge.schmidt@pallas-kliniken.ch](mailto:helge.schmidt@pallas-kliniken.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### „Exzellenz und Menschlichkeit. Das verbinden wir“

Aufbauend auf unseren drei Behandlungssäulen Ophthalmologie, Haut/Venen/Schönheit und Belegarztklinik/Chirurgie garantieren wir unseren Patienten höchste Behandlungsqualität und maximale Patientensicherheit. Mittels kontinuierlicher Verbesserungsprozesse und dem in unserer Prozesslandschaft verankerten Qualitätskreislauf werden die Instrumente zur Qualitäts- und Prozessverbesserung sowohl standort- und bereichsübergreifend, als auch hierarchieübergreifend eingesetzt.

- An erster Stelle steht für uns die Behandlungsqualität.
- Als führendes Kompetenzzentrum in spezifischen Bereichen der Medizin erreichen wir höchste Patienten-/ Kundenzufriedenheit für Alle.
- Unsere motivierten und empathischen Mitarbeiter sind die wichtigste Grundlage des Erfolges. Hierzu fördern und befähigen wir sie aktiv mit klaren Zielsetzungen, gegenseitiger Wertschätzung und respektvollem Umgang.
- Durch unseren nachhaltigen wirtschaftlichen Erfolg schaffen wir die Voraussetzung für weiteres Wachstum und Investitionen in modernste Infrastruktur. Unser Ziel ist die Marktführerschaft in unseren Kompetenzfeldern, wodurch wir höchste Qualitätsstandards und Versorgungssicherheit gewährleisten.

#### Unser Versprechen - Exzellente Medizin

Wir bieten exzellente Medizin, wie man sie üblicherweise an Universitätskliniken erwarten würde. Wir verstehen uns als aktive Mitglieder der internationalen wissenschaftlichen Community und setzen modernste technische Ausstattung ein. Wir verbinden unsere enorme Erfahrung mit neuesten therapeutischen Methoden; nicht umsonst gelten wir als führend in unseren Spezialgebieten. Wir bilden aus – und uns stetig weiter. Denn Exzellenz verlangt, immer voranzugehen.

#### Unser Versprechen - Menschliche Behandlung

Wir beraten und behandeln unsere Patienten persönlich, individuell, fürsorglich – auf eine Weise, die sie eher von einer vertrauten Hausarztpraxis kennen als von spezialisierten Spitzenmedizinern einer renommierten Klinik. Wir gehen auch innerhalb der Pallas Kliniken Familie immer freundschaftlich und respektvoll miteinander um. Medizinische Exzellenz und menschliche Behandlung: Die Kombination macht den Unterschied – und die Pallas Kliniken einzigartig.

#### Unsere Haltung - Familiär

Die Pallas Kliniken werden als Familienunternehmen geführt: Das soll jeder merken, der mit uns zu tun hat – unser ganzes Team versteht sich als eine grosse Familie. Das bedeutet vor allem, dass wir enger zusammenhalten, als es in anderen Unternehmen üblich ist und besonders vertrauensvoll miteinander umgehen. Genau diese familiäre Grundeinstellung vermitteln wir als typische Pallas Atmosphäre unseren Patienten: Bei uns sind alle herzlich willkommen!

#### Unsere Leistung - Spezialisiert

Die Medizin deckt unüberschaubar viele Fachbereiche ab. Wir konzentrieren uns auf solche Disziplinen, in denen wir auch im internationalen Vergleich Spitzenleistungen anbieten: mit renommierten, erfahrenen Ärzten und mit engagierten, ambitionierten Teams. Mit Ausbildung, wissenschaftlichen Konferenzen, modernster Ausstattung und der Anwendung neuester Methoden. Als Spezialisten sind wir Pioniere!

#### Unser Stil - Transparent

Vieles in der Medizin von heute ist ziemlich kompliziert – und für Patienten und Kunden nur schwer zu durchschauen. Deshalb wollen wir alles, was wir tun, so klar und verständlich wie möglich vermitteln. Vom ersten Beratungsgespräch über Diagnose und Therapie bis zur Nachkontrolle und Rechnungsstellung: wenig Fachsprache, viel individuelle Ansprache! Und auch intern ist uns maximale Transparenz sehr wichtig – das beste Rezept gegen unproduktive Missverständnisse.

**Wir stehen für**

- Individuelle Patientenbetreuung
- Höchste Behandlungsqualität
- Teamgeist und offene Kommunikation
- Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit allen Stakeholdern
- Fortlaufende Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

**Zentrales Lob und Beschwerdemanagement**

Um das Feedback unserer Patienten im Sinne eines gelebten KVP und QMS zu verwerten, wird die Koordination und Bearbeitung zentral über das Qualitätsmanagement verwaltet. Die erhobenen Daten fließen ebenfalls in unsere Patientenzufriedenheitsanalyse ein.

**Patientenbefragung**

Auch in diesem Berichtsjahr wurde wieder mehrere Patientenbefragungen im Bereich Ophthalmologie durchgeführt um die Prozessqualität des Patientendurchlaufs zu messen. Ferner wurde eine qualitative Beurteilung und Weiterempfehlungsquote erhoben. Die Zufriedenheit unserer Patienten im stationären Bereich haben wir auch in diesem Jahr wieder mittels standardisierten Qualitäts-Fragebogen gemessen.

2018 starte unser Pilotprojekt "digitale Patientenumfrage" mit weiterem Ausbau im Jahr 2019. Bei diesem Projekt, werden Touchpoint unterstützte Systeme zur kontinuierlichen Befragung herangezogen und ausgewertet. Das Pilotprogramm umfasst jetzt alle Standorte der Pallas-Kliniken.

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

**Steigerung der Patientenzufriedenheit**

In der Ophthalmologie: Die Ziele in den Bereichen Behandlungskompetenz, Arztbindung, Gesamteindruck des Zentrums und die Weiterempfehlungsquote konnten 2019 beibehalten werden.

Im Pflegedienst: Im Bereich der stationären Patientenversorgung konnte die Qualität im Bereich Pflege und Hotellerie abermals gesteigert werden.

**Auditorenausbildung**

Mit der wachsenden Anzahl unserer Standorte sind interne Audits durch die Fachabteilung QM alleine nicht zu gewährleisten. Da die internen Audits Bestandteil der Norm ISO 9001 sind, nach der die Pallas Klinik gesamthaft zertifiziert ist, wurde das Team der internen Auditoren daher um 8 Mitarbeiter aufgestockt welche im ersten Quartal 2019 erfolgreich den Lehrgang absolvierten.

**Interne Audits**

Im Zeitraum vom 01. Juli - 30. November 2019 wurden durch das QM interne Audits zu den Themen Prozesse in den Bereichen Hygiene, Anästhesie, HR, Finanzen, Einkauf, IT, Infrastruktur und Sicherheit, Hotellerie, Kundenpflege organisiert und durchgeführt. Erfreulicherweise, konnten alle Standorte in diesem Zeitraum auditiert werden. Auch bei diesen Audits wurde das Qualitätsmanagementsystem der Organisation auf seine Aufrechterhaltung, Wirksamkeit und Verbesserung hin untersucht, und es wurde verifiziert, dass die Anforderungen der Norm weiterhin eingehalten werden.

**Audits Arzneimittelsicherheit**

Die Audits wurden von der fachverantwortlichen Person Arzneimittel an mehreren Standorten durchgeführt.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Unser Motto „Exzellenz und Menschlichkeit“ stellt für die Pallas Kliniken die tägliche Verpflichtung dar, weiterhin an sämtlichen Standorten alle notwendigen Aktivitäten zu unternehmen um Spitzenmedizin zur besten Patientenzufriedenheit in einer angenehmen und menschlichen Atmosphäre zu garantieren.

Die Qualität unserer Leistungen haben wir als strategisches Unternehmensziel verankert und wollen auch im Bereich der Transparenz Massstäbe setzen.

In den kommenden Jahren werden wir deshalb:

- Unsere Patienten noch weiter in den Vordergrund stellen
- Die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten analysieren
- Weiterhin unsere Patientenzufriedenheit und die Patientensicherheit steigern
- Unsere Anlaufstellen für Feedback weiter ausbauen
- Spitzenmedizin und Spitzentechnologie einsetzen
- Unser Krankenhausinformationssystem und das QM-System weiter ausbauen
- Unser internes Kennzahlensystem als Führungsinstrument weiter ausbauen
- Aktives Risikomanagement betreiben
- Uns weiter von externen und internen Fachleuten auditieren und zertifizieren lassen
- Unseren kantonalen Leistungsauftrag als Listenspital aufrechterhalten

Um diese Ziele zu erreichen werden wir das unternehmensweites Programm, mit den Schwerpunkten Governance, Prozesse, Qualität/Risiko, Kultur, Markt, Finanzen weiter entwickeln und vorantreiben.

## 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:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> <li>▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> </ul>

#### Bemerkungen

In den Pallas Kliniken werden keine Leistungen aus den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation angeboten.

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

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

<b>Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:</b>
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Fragebogen Zufriedenheit Patient
▪ Feedbackflyer stationär
▪ Happy or Not Touchterminalbefragung

<b>Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:</b>
<i>Operationen</i>
▪ VK-Spülung / Reposition
<i>Infektionen</i>
▪ Infekt Auge
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Prozesskennzahl im Praxisbetrieb

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Ausbau des Krankenhausinformations-Systems

<b>Ziel</b>	Vereinheitlichung Prozesse und Dokumentation
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	alle: Standort -und Fachbereichsübergreifend
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	fortlaufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Prozess-Optimierungen
<b>Methodik</b>	Projektmanagement-Framework
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Pflege, MPA, Verwaltung

##### Ausbau des KIS im Klinikbereich

<b>Ziel</b>	Neue elektronische Patientenakte
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	IT und Augenzentren
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Methodik</b>	Projektmanagement-Framework
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, MPA, IT,

##### Patientenbefragung

<b>Ziel</b>	Transparenz
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ophthalmologie und Pflegedienst
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	fortlaufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Steigerung Behandlungs- und Prozessqualität
<b>Methodik</b>	Projektmanagement-Framework
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Med. Administration, Ärzte, Pflegedienst

## Curator (QM-System)

<b>Ziel</b>	Pflege, Schulungen und Ausbau des QM-System
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	QM, alle Bereiche
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	fortlaufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Strukturierte Prozessabbildungen aller Bereiche
<b>Methodik</b>	QM-System Curator

## Programm-Management (Governance, Prozesse, Qualität/Risiko, Kultur, Markt, Finanzen)

<b>Ziel</b>	Qualitäts- und Prozessverbesserungen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Unternehmensweit
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2016-2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Strukturierte Prozessverbesserungen
<b>Methodik</b>	Projektmanagement-Framework
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle

## Risiko-Management

<b>Ziel</b>	Systematisches Risiko-Management
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Unternehmensweit
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	fortlaufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Risikominimierung
<b>Methodik</b>	Projektmanagement-Framework
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle

## Audits zur Arzneimittelsicherheit

<b>Ziel</b>	Konformität im Umgang mit Arzneimitteln sicherstellen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle medizinischen Bereiche
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	fortlaufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Verbesserungspotential erkennen und nutzen
<b>Methodik</b>	Audit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, MPA, Pflege

## Interne Audits in allen medizinischen Bereichen

<b>Ziel</b>	Verbesserung des Qualitätsstandards
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle operativen Bereiche
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	fortlaufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Verbesserungspotential erkennen und nutzen
<b>Methodik</b>	Audit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, MPA, Verwaltung

## Weiterentwicklung des QM-Konzeptes

<b>Ziel</b>	Anpassung und Durchdringung der QM Ausrichtung in bezug auf bevorstehende Unternehmensumstrukturierung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	fortlaufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Bessere Reaktion bei bevorstehenden Veränderungen der strategischen Ziele 2018
<b>Methodik</b>	Interdisziplinäre Sitzungen mit allen Fachbereichen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle

## Patient im Mittelpunkt-Arzt im Zentrum

<b>Ziel</b>	Verbesserung der Prozessabläufe
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Augenzentren
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Verbesserungspotential erkennen und nutzen
<b>Methodik</b>	Projektmanagement-Framework
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	MPA Ärzte

### 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 2011 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

Um eine offene Fehlerkultur zu schaffen, werden Mitarbeiter bei Eintritt durch das Qualitätsmanagement auf das interne Meldewesen hingewiesen. Die Meldung von kritischen Vorkommnissen werden durch die Vorgesetzten unterstützt.

## 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/themen/qualitaet-saqm/register.cfm](http://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	
<b>OCULA</b> Register für Linsenimplantate	Ophthalmologie	Institute for evaluative research in medicine <a href="http://www.memcenter.unibe.ch/iefo">www.memcenter.unibe.ch/iefo</a>	
<b>SOG</b> Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft	Ophthalmologie	SOG <a href="http://www.sog-ssso.ch">www.sog-ssso.ch</a>	

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2015	Ganze Gruppe, siehe Bemerkung	2011	2018	Ambulatorium, Operations- und Bettenabteilung, Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, Refraktive Chirurgie, Dermatologie und Venerologie, Phlebologie, Plastische und Ästhetische Chirurgie

### Bemerkungen

Der Wechsel auf ISO 9001:2015 wurde Anfang 2018 durchgeführt und bestanden.

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

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

#### Begründung

Aufgrund der geringen Rücklaufquote können die Daten leider nicht vollständig aufgeführt werden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Fragebogen Zufriedenheit Patient

#### 1. Patientenbefragung im Fachbereich Ophthalmologie

Ziel: Messung der Zufriedenheit bezüglich Terminvereinbarung, Empfang, Wartezeit bis Arztkontakt, Beurteilung Arzt, Weiterempfehlungsquote

#### 2. Patientenbefragung stationärer Patienten im Pflegedienst

Ziel: Messung der Zufriedenheit unserer Leistungen in den Bereichen Pflege, Hotellerie, Küche, Reinigung, Anästhesie, Arzt, OP, Aufwachraum und Infrastruktur, sowie hinsichtlich der Gesamtleistung

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Ophthalmologie, Pflegedienst

Untersuchtes Kollektiv: alle stationäre Patienten, ambulante Patienten im ophthalmologischen Bereich per Fragebogen (11 651 Fragebögen)

Wie im vergangenen Jahr weisen die Messergebnisse der Fragebögen, wie auch der Direktbefragung im Berichtsjahr 2019, erfreuliche Resultate auf. Aufgrund der konkreten Fragen können wir Massnahmen ableiten und so unsere Leistungen stetig verbessern.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

### 5.2.2 Feedbackflyer stationär

Die Versorgungsqualität unserer Stationären Patienten liegt uns am Herzen, daher freuen wir uns über jedes Feedback.

Auf station, wird dieses über standardisierte Flyer abgefragt.

Unsere Patienten können unter anderm die Betreuung, Versorgung, Kommunikation und unsere Infrastruktur bewerten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Station und Tagesklinik

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Während des Berichtjahres, 2019 wurde die Befragung implementiert. Da noch keine Vergleichswerte über zwei Jahre vorliegen, wird in diesem Jahr auf Publikation verzichtet.

### 5.2.3 Happy or Not Touchterminalbefragung

An unseren Operativen Standorten Olten, Aarau, Zürich und Bern sowie unseren Arztpraxen haben unsere Patienten die Möglichkeit uns per Touchterminal direkt nach ihrem Besuch ein Feedback zukommen lassen.

Ziel ist die Reaktionszeit auf Feedback zu verkürzen und Verbesserungsprozesse schneller anzustossen.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.  
Op Zentren/ Olten, Aarau, Zürich und Bern und den angegliederten eigenen Arztpraxen.

Im Jahr 2019 konnten wir auf 12180 Rückmeldungen zugreifen welchen vier Standardfragen zu Grunde lagen. Freundlichkeit des Personals, Wartezeit, Ambiente, etwas Anderes.

79% reagierten mit sehr gut,

10% reagierten mit gut,

4% reagierten mit weniger zufrieden,

7% reagierten mit nicht zufrieden.

Somit für das Jahr 2019 ein Happy-Index von 87.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Happy or Not
Methode / Instrument	Touchterminal

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Pallas Kliniken AG**

Beschwerdemanagement

Herr Helge Schmidt

Leitung Qualitätsmanagement

058 335 3195

[helge.schmidt@pallas-kliniken.ch](mailto:helge.schmidt@pallas-kliniken.ch)

ganztags

## 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

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

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

#### Begründung

Ee liegen keine Zahlen vor.

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

## 10 Operationen

### 10.1 Eigene Messung

#### 10.1.1 VK-Spühlung / Reposition

Überprüfung evtl. VK-Spühlungen oder Linsen-Repositionen nach CAT-Operationen

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.  
Alle Operativen Standorte

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Messung bezogen auf alle vier Operativen Standorte ergab 0,4% für Linsenrepositionen und 0,6% Vorderkammerspühlungen gemessen auf 3541 CAT-Operationen

## 11 Infektionen

### 11.1 Eigene Messung

#### 11.1.1 Infekt Auge

Ziel der Messung ist es sämtliche Infekte in Zusammenhang mit ophthalmologischen Behandlungen, zu erfassen und eine Ursachenanalyse durchzuführen.

Behandelt wurden ausschliesslich Patienten die mit Infekten zugewiesen wurden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Pflegedienst

Sämtliche ophthalmologischen Patienten der Pallas Kliniken die operiert wurden.

Insgesamt wurden 14 Infekte des Auges bei einer Gesamtzahl von 12244 ophthalmologischen Eingriffen festgestellt.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

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

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

#### Begründung

Die Resultate sind publiziert unter [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

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

## 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 Scherkräften.

### 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

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

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

#### Begründung

Auf Grund unseres Spitalleistungsangebot und der durchschnittlichen Verweildauer von drei Tagen ist nachvollziehbar das wir hier keine Daten aufweisen können.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq</math> 18 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>

## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Prozesskennzahl im Praxisbetrieb

Im Berichtsjahr wurden besonders die Wartezeiten der einzelnen Standorte ins Auge gefasst. So konnten Einflussfaktoren wie zb. personelle schwankungen, Standort, Tageszeit ect. genau analysiert werden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.  
Praxen der Ophthalmologie und Aestheic Bereich

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Noch keine Daten über 2 Jahre zum Vergleich vorhanden

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Ausbau des Krankenhausinformationssystems

##### **Ausgangssituation**

Weiterer Ausbau des KIS-Systems zur Optimierung der Dokumentation und Prozesse

##### **Projektziele**

- Prozessverbesserung OP-Modul
- Prozessverbesserung in der Pflegedokumentation
- Konzeption und Prototyping der ophthalmologischen Spezialdokumentation als integrierte KIS-Modul inklusive Anbindung ophthalmologischer Geräte
- Einheitliche Krankengeschichtenführung

##### **Projekttablauf**

- nach Projektmanagement-Framework,
- Projektarbeit in Teilprojekten inkl. Steering
- Aufteilung des Projektes in Projektphasen
- In Teilbereichen externe Prüfung des Projektes und des Projektfortschritts

##### **Evaluation**

Die in 2018 gesetzten Projektziele wurden erreicht, das KIS wird gemäss Planung weiter ausgebaut

#### 18.1.2 Risikomanagement

##### **Ausgangssituation**

Implementierung und Ausbau des Risikomanagement

##### **Projektziele**

Risiken frühzeitig identifizieren, analysieren und Wege zur Vermeidung schaffen.

##### **Projekttablauf**

- nach Projekt/Programmmanagement-Framework
- Handlungsfelder Qualität/Risiko
- Aufteilung des Projektes in Projektphasen
- Schaffung interdisziplinärer Risikokommision

##### **Evaluation**

Die in 2018 gesetzten Projektziele wurden erreicht. Das Risikomanagement wird in den nächsten Jahren weiter ausgebaut.

### 18.1.3 Scrum Boards

#### **Ausgangssituation**

Scrum Boards werden zur besseren Übersicht im Daily Business eingesetzt. Der Mitarbeiter soll so mehr in die Entscheidungen und das tun vor Ort eingebunden werden.

#### **Projektziele**

- Informationsmanagement
- Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit
- Bessere Nutzung von Know How
- Steigerung der Patientenzufriedenheit

#### **Projekttablauf**

- nach Projektmanagement-Framework,
- Aufteilung des Projektes in Projektphasen

#### **Evaluation**

Die Implementierung wurde erfolgreich durchgeführt. Die in 2018 gesetzten Projektziele wurden erreicht und werden in den nächsten Jahren weiter ausgebaut

### 18.1.4 Reorganisation des Auditwesens

#### **Ausgangssituation**

Bis 2019 wurden Audits durch das QM durchgeführt. So wurden durch zwei Personen bis zu 21 Audits pro Jahr in verschiedenen Bereichen abgehalten. Neu werden auch Mitarbeiter aus anderen Abteilungen zu internen Auditoren ausgebildet und unterstützen das QM mit ihrem Wissen.

#### **Projektziele**

- Steigerung der Verbesserungsvorschläge
- Bessere Nutzung von Know How
- Steigerung der Patientenzufriedenheit und Sicherheit

#### **Projekttablauf**

- nach Projektmanagement-Framework,

#### **Evaluation**

Die Implementierung wurde erfolgreich durchgeführt. Die in 2018/2019 gesetzten Projektziele wurden durch Ausbildung interner Mitarbeiter erreicht und werden in den nächsten Jahren weiter ausgebaut.

### 18.1.5 Talant LMS

Digitales Schulungssystem mit Prüfung und Ergebnisanalyse für Neue Prozesse für Ärzte und MPA im Bereich Organisation Ophthalmologie.

### 18.1.6 EPD

Prozessabläufe und Digitalisierung der Patientenakte im KIS-System und Verantwortungsbereich implementieren.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

### 18.2.1 Patientenbefragung Ophthalmologie

#### **Ausgangssituation**

Jährliche Erhebung in der Ophthalmologie

#### **Projektziel**

Messung der Prozess- und Behandlungsqualität hinsichtlich:

- Terminvereinbarung
- Empfang
- Wartezeit bis Arztkontakt
- Qualitative Beurteilung der ärztl. Leistung
- Weiterempfehlungsquote

#### **Projektablauf**

Direktbefragungen vor Ort um die neuen Prozesse zeitnah bewerten zu können.

#### **Evaluation**

Die Erkenntnisse der Umfrage fließen direkt in Prozessverbesserungs- und Optimierungsprojekte ein

### 18.2.2 Patientenbefragung Pflegedienst

#### **Ausgangssituation**

Permanente Erhebung im Pflegedienst bei Austritt von stationären Patienten durch standardisierten Fragebogen

#### **Projektziel**

Messung der Prozess- und Behandlungsqualität hinsichtlich:

- Pflege
- Hotellerie/Service
- Küche
- Reinigung
- Anästhesie
- Arzt
- OP
- Aufwachraum
- Infrastruktur

#### **Projektablauf**

Fragebogen wird dem Patienten persönlich ausgehändigt.

#### **Evaluation**

Die Erkenntnisse der Umfrage fließen direkt in Prozessverbesserungs- und Optimierungsprojekte ein.

### 18.2.3 Interne Audits

**Ausgangssituation**

Umsetzung der internen Audits gemäss Planung.

**Projektziel**

Überprüfung der Prozessstreuung und Einhaltung von Hygienestandards und der Medikamentensicherheit. Gewährleistung der kontinuierliche Verbesserung, Stärkung des QM-Gedanken bei den Leistungserbringern.

**Projekttablauf**

Durchführung der Audits, Erstellung der Auditberichte und Prüfung der Massnahmenumsetzung.

**Evaluation**

Massnahmenumsetzung terminiert, Endkontrolle im Rahmen der Folgeaudits.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 ISO 9001:2015 Aufrechterhaltung

Im Jahr 2018 wurde ein Upgrade Audit durch des Swiss Safety Centers, die Zertifizierung nach ISO 9001:2015 erworben. Aufrechterhaltung der Zertifizierung für Überprüfungsaudit 2020.

## 19 Schlusswort und Ausblick

„Exzellenz und Menschlichkeit“ – ist für uns nicht nur ein Slogan oder ein Teil unseres Leitbildes. Es ist viel mehr unser Wunsch unseren Patienten, jeden Tag aufs neue von uns zu überzeugen. Wir verpflichten uns selbst zu einem hohen Qualitätsstandart um diesem Wunsch nachzukommen und stellen dabei Willen zur Veränderung und zur Verbesserung stets in den Vordergrund.

Unsere motivierten und engagierten Mitarbeiter tragen dazu bei, unsere Patienten bestmöglichst zu versorgen. Durch ihren unermüthlichen Einsatz, tragen sie zu unserem Erfolg bei. Die Weiterentwicklung unseres Personals liegt uns daher sehr am Herzen, weshalb wir diese gezielt fördern. Mit dieser Entwicklung, gelingt es uns auch als Unternehmen voranzukommen, neue Herausforderungen anzugehen und gemeinsam zu wachsen.

Auch in Zukunft wollen wir Herausforderungen gemeinsam angehen, unsere Stärken ausbauen und noch stärker als Unternehmen, aber besonders als Team zusammen wachsen. Wir freuen uns auf das kommende Berichtsjahr.

## 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

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>
Ophthalmologie
Strabologie
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie des Knies
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner



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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

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