

# HIRSLANDEN



KLINIK STEPHANSHORN

## Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

17.05.2021  
Andrea Rüsche, Direktorin

Version 1

Hirslanden, Klinik Stephanshorn

[www.hirslanden.ch](http://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 2020.

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 2020

Herr  
Alexander Schreck  
Qualitäts- und Risikomanager  
0712827684  
[alexander.schreck@hirslanden.ch](mailto:alexander.schreck@hirslanden.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

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

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

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 2020 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020 .....	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	8
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>9</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	9
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	12
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren .....	13
4.5 Registerübersicht .....	14
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	15
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>16</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>17</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>17</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	17
5.2 Beschwerdemanagement .....	18
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>19</b>
7.1 Eigene Befragung .....	19
7.1.1 Gallup-Befragung "Your Voice" .....	19
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>20</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>20</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	20
9.2 Eigene Messung .....	21
9.2.1 IQIP Re- Hospitalisation .....	21
<b>10 Operationen</b> .....	<b>22</b>
10.1 Eigene Messung .....	22
10.1.1 IQIP Re-Operationen .....	22
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>23</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	23
<b>12 Stürze</b> .....	<b>25</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	25
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>26</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	26
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>16 Zielerreichung und Gesundheitszustand</b>	

Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.

<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b> .....	<b>28</b>
17.1	Weitere eigene Messungen .....	28
17.1.1	Stürze (andere als mit der Methode LPZ) .....	28
17.1.2	Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ) .....	28
17.1.3	Messung Indikator-Infektionen IPS .....	29
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>30</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	30
18.1.1	Einführung Patientenidentifikationsarmbänder .....	30
18.1.2	Laufende Umsetzung Patientensicherheitskonzept .....	30
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020 .....	30
18.2.1	Corona-Pandemie .....	30
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	31
18.3.1	Zertifizierung Versorgungsregion Ostschweiz nach DIN ISO 9001:2015 .....	31
18.3.2	Rezertifizierung Brustzentrum Stephanshorn .....	31
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>32</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>33</b>
Akutsomatik .....		33
<b>Herausgeber</b> .....		<b>35</b>

# 1 Einleitung

## Hirslanden Klinik Stephanshorn

### Medizin auf hohem Niveau

Die Hirslanden Klinik Stephanshorn positioniert sich als privatrechtlich geführtes Spital für akute und elektive Medizin mit höchstem Qualitätsanspruch. Das Konzept des Belegarztsystems ermöglicht ein umfassendes und erstklassiges medizinisches Leistungsangebot. Da die Klinik ausschliesslich erfahrene Fachärzte akkreditiert, wird eine optimale medizinische Betreuung gewährleistet.

Dieses Angebot nutzen jährlich rund 7'200 stationäre Patientinnen und Patienten und in der Wochenbettabteilung erblicken mehr als 800 Kinder pro Jahr das Licht der Welt.

Die Klinik hat einen Leistungsauftrag der Kantone St. Gallen sowie Appenzell Ausserrhoden und steht mit über 50 Leistungsgruppen auf der kantonalen Spitalliste. Somit trägt die Hirslanden Klinik Stephanshorn mit ihrem Angebot zur Grundversorgung der Bevölkerung bei.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

Direktorin und Qualitätsverantwortliche:  
Andrea Rüsche

Leitung Medizinisches System und Patientensicherheitsbeauftragter:  
Dr. med. Thorsten Raff

Leitung Qualitätsmanagement:  
Ulrike Biendarra

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **230** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Ulrike Biendarra  
Leitung Qualitätsmanagement  
071 282 7663  
[ulrike.biendarra@hirslanden.ch](mailto:ulrike.biendarra@hirslanden.ch)

Herr Alexander Schreck  
Qualitäts- und Risikomanager  
071 282 7684  
[alexander.schreck@hirslanden.ch](mailto:alexander.schreck@hirslanden.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### Qualitätspolitik von Hirslanden

- 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 innerhalb der Kliniken 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.
- Hirslanden verpflichtet sich zur fortlaufenden Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems und erfüllt alle zutreffenden Anforderungen

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 2020

- Bewältigung der Coronapandemie
- Stabilisation der neu eingeführten einheitlichen Prozesslandschaft
- Vorbereitung Einführung Patientenidentifikationsarmbänder
- Optimierung der Umsetzung Konzept "Safe surgery"
- Patientenzufriedenheit und Weiterempfehlungsrate

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

- Konsolidierung der neuen Prozesslandschaft
- sehr gute Umsetzung Konzept "Safe surgery"
- sehr gute Umsetzung des Patientensicherheitskonzepts
- Zielwerte bei Patientenzufriedenheit und Weiterempfehlungsrate der Klinik wurden erreicht

#### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Stetige Weiterarbeit am Thema der Patientensicherheit mit Einbezug der verschiedenen beteiligten Bereiche.
- Verbesserung der Patientensicherheit durch die Einführung von Patientenidentifikationsarmbändern ab April 2021
- Qualität erhalten, trotz grossen Umstellungen mit dem einheitlichen Prozessmanagement und dem anfänglich daraus entstehenden Mehraufwand.
- Wissensmanagement weiterentwickeln mit unterstützenden Tools wie z.B. eLearning.
- Aufbau und Harmonisierung Qualitätsmanagement Hirslanden Ostschweiz.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

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

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gallup-Befragung "Your Voice"</li> </ul>
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IQIP Re- Hospitalisation</li> </ul>
<i>Operationen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IQIP Re-Operationen</li> </ul>
<i>Weitere Qualitätsmessungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stürze (andere als mit der Methode LPZ)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messung Indikator-Infektionen IPS</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

HIT 2020 (Strategieprojekt)

<b>Ziel</b>	Standardisierte Tools und Prozesse in allen Hirsländenkliniken der Schweiz
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2018 - 2020
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Konzernvorgabe
<b>Methodik</b>	Projekttablauf mit Projektleitung intern und seitens des Konzerns
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Führungspersonen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	laufendes Projekt, mit regelmässigen Zwischenauswertungen und Statusberichten

#### 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 2012 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**

Das CIRS ist in der Klinik bereits seit langem implementiert. Im November 2012 wurden gezielte interne Weiterbildungen angeboten und alle Mitarbeitenden geschult. Seit diesem Zeitpunkt ist CIRS an jedem Einführungstag neuer Mitarbeitenden ein fester Bestandteil und wird allen näher gebracht. Intern finden laufend Besprechungen zu CIRS-Themen während den einzelnen Teamsitzungen statt.

Es wurde ein Kurzvideo zum Thema "Was ist CIRS?" erstellt, welches sowohl für neue wie auch für langjährige Mitarbeitende zugänglich ist, resp. auch am Einführungstag gezeigt wird.

Regelmässig finden Refresher rund um das Thema CIRS in einzelnen Teams statt.

Die CIRS-Verantwortlichen der Klinik treffen sich mindestens viermal jährlich, um sich auszutauschen, Fälle zu besprechen oder Neuerungen einzubringen. Dank der verschiedenen Fachpersonen im CIRS-Gremium (Ärzte, Pflege, Administration, etc) können die Fälle aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden und Lösungen werden gemeinsam gesucht.

#### 4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2013 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/mitglieder/report/krankhaeuser/hirslanden-klinik-stephanshorn-st-gallen> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

2020 organisierte IQM aufgrund der Covid-19-Pandemie keine klinikübergreifenden Peer Reviews.

#### Bemerkungen

In der Klinik Stephanshorn fand noch kein Peer Review statt, da es bisher keine auffälligen Indikatoren gab. Ergebnissen der Qualitätsmessung werden mit den Fachgruppenvertretern besprochen und analysiert. Ziel ist es, Behandlungsqualität und Patientensicherheit zu verbessern.

## 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 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>	2013
<b>Infreporting</b> Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	2012
<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch/">www.sgi-ssmi.ch/</a>	2013
<b>MS</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	2012
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a>	2012
<b>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch/">www.smob.ch/</a>	2013
<b>Swissnoso SSI</b> Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso <a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>	2009
<b>SWISSVASC</b> SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry <a href="http://www.swissvasc.ch/">www.swissvasc.ch/</a>	2019

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR SGA Krebsregister St. Gallen-Appenzell	Alle	<a href="http://ostschweiz.krebsliga.ch/">ostschweiz.krebsliga.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 9001:2008	gesamte Klinik	2012	2015	Im 2018 Wechsel auf die neue Norm 9001:2015
ISO 9001:2015	gesamte Klinik	2018	2019	Zertifizierung der Versorgungsregion Ostschweiz im Februar 2021
EFQM Recognised for excellence 4 star	gesamte Klinik	2015	2015	Wiederaufnahme 2021
Brustzentrum Qualitätslabel der schweiz. Krebsliga (SGS)	Brustzentrum	2013	2020	In Zusammenarbeit mit dem ZeTuP SG und weiteren Kooperationspartnern
Anerkennung der Intensivstation	Anerkennung durch SGI	2014	2019	Gültigkeit fünf Jahre
REKOLE	gesamte Klinik	2018	---	
Friendly Work Space Label (Betriebliches Gesundheitsmanagement)	gesamte Klinik	2018	---	

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2019 (CI* = 95%)
	2016	2017	2018	
<b>Hirslanden, Klinik Stephanshorn</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.29	4.22	4.29	4.26 (4.16 - 4.36)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.61	4.72	4.67	4.62 (4.52 - 4.73)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.65	4.67	4.68	4.64 (4.54 - 4.73)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.46	4.48	4.66	4.61 (4.48 - 4.74)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.17	4.13	4.12	4.05 (3.93 - 4.18)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	95.00 %	89.55 %	95.90 %	96.20 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2019				542
Anzahl eingetretener Fragebogen	211	Rücklauf in Prozent		39 %

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

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im September 2019 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### **Hirslanden, Klinik Stephanshorn**

Qualitätsmanagement

Beschwerdemanagement

Ulrike Biendarra

Leitung Qualitätsmanagement

071 282 76 63

[qualitaet.stephanshorn@hirslanden.ch](mailto:qualitaet.stephanshorn@hirslanden.ch)

Mo - Fr, 08.00-17.00 Uhr

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Gallup-Befragung "Your Voice"

In der gesamten Medi-Clinic und Hirslanden-Gruppe findet jährlich eine einheitliche Mitarbeiterbefragung statt, welche durch die Firma Gallup durchgeführt wurde. Die Klinik Stephanshorn nahm erstmals, wie alle anderen Schweizer Hirslanden-Kliniken, im November 2015 teil.

Im November 2020 fand zum sechsten Mal die „Your Voice“-Mitarbeiterbefragung in Zusammenarbeit mit der Firma Gallup statt. Ziel des Programms ist es, sowohl die Arbeitszufriedenheit als auch die emotionale Bindung der Mitarbeitenden zu Hirslanden zu stärken.

**Arbeitszufriedenheit:** Bezieht sich häufig auf Hygienefaktoren (Lohn, Erreichbarkeit der Arbeit, angemessene Work-life-balance u.a.m.), ist eher allgemein und statisch. Die Arbeitszufriedenheit ist für Führungskräfte schwierig zu beeinflussen.

**Emotionale Bindung:** Reflektiert den direkten Bezug zum eigenen Team und die Emotionen, die Mitarbeiter zu ihrem Arbeitsplatz haben. Sie weist starke Zusammenhänge zu den Geschäftsergebnissen auf und ist durch Dialog und geeignete Massnahmen veränderbar.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt. Alle Mitarbeitenden der Klinik Stephanshorn wurden befragt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden gruppenweit verglichen und evaluiert und es wird auf eine detaillierte Veröffentlichung verzichtet.

Jeder Vorgesetzte erhält seine Auswertungen (Reports) und wird aufgefordert, Massnahmen zu definieren und in einem Tool zu erfassen. Alle Mitarbeitenden werden über die Resultate informiert und sollen die Gelegenheit erhalten, im Rahmen einer Teamsitzung über geeignete Massnahmen zu sprechen.

## 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.

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2015	2016	2017	2018
<b>Hirslanden, Klinik Stephanshorn</b>				
Verhältnis der Raten*	0.79	1.1	1.1	0.99
Anzahl auswertbare Austritte 2018:				5848

\* Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

## 9.2 Eigene Messung

### 9.2.1 IQIP Re- Hospitalisation

Definition nach IQIP: Ungeplante stationäre Wiederaufnahmen auf Grund von gleichen oder zusammenhängenden Beschwerden  $\leq 15$  Tagen (nach letztem Austritt).

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Die Ergebnisse werden im gruppenweiten Hirsländen Qualitätsbericht veröffentlicht.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 10 Operationen

### 10.1 Eigene Messung

#### 10.1.1 IQIP Re-Operationen

Definition nach IQIP: Ungeplante Rückkehr in den OP während desselben, stationären Aufenthaltes als Folge einer Komplikation oder Folgeerkrankung nach vorausgegangenem operativen Eingriff. Eine Rückkehr war zum Zeitpunkt der ersten OP nicht geplant.

Alle Re-Operationen werden intern erfasst, analysiert und wo möglich nötig Massnahmen definiert und umgesetzt. Die Ergebnisse werden konzernweit verglichen und dargestellt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.  
Es wurden alle chirurgischen Patienten berücksichtigt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Da es ein internes Instrument und interne Vergleiche beinhaltet, verzichtet der Betrieb auf eine Veröffentlichung der Ergebnisse.

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Magenbypassoperationen
▪ Wirbelsäulenchirurgie (mit Implantat)

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020:  
(Unterbruch der Messperiode, vom 1. März bis 31. Mai 2020, infolge der Covid-19-Pandemie)

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2020 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2020 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2020 (CI*)
			2017	2018	2019	
<b>Hirslanden, Klinik Stephanshorn</b>						
*** Dickdarmoperationen (Colon)	25	1	16.50%	7.70%	4.00%	2.10% (0.00% - 7.80%)
Magenbypassoperationen	96	0	1.30%	0.00%	4.70%	0.00% (0.00% - 0.00%)

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2018 – 30. September 2019:

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2019 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2019 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2019 (CI*)
			2016	2017	2018	
<b>Hirslanden, Klinik Stephanshorn</b>						
Wirbelsäulenchirurgie (mit Implantat)	188	7	3.50%	10.50%	1.40%	6.30% (2.30% - 9.80%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

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

Weitere Informationen:

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

#### Messergebnisse

	2017	2018	2019	2020 ***
<b>Hirslanden, Klinik Stephanshorn</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	1	0	–
In Prozent	1.50%	1.50%	0.00%	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 ***	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 13 Wundliegen

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

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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.

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

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

#### Messergebnisse

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2020 ***	In Prozent ***
		2017	2018	2019		
<b>Hirslanden, Klinik Stephanshorn</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	1	0	0	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	0	-0.05 (-0.82 - 0.72)	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 ***		–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		–	

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

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	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 18</math> Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ 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>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 17 Weitere Qualitätsmessungen

### 17.1 Weitere eigene Messungen

#### 17.1.1 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Alle Stürze werden systematisch erfasst und ausgewertet.

Definition Sturz: Ungeplante Bewegung eines Patienten auf den Boden oder von einer Ebene zur anderen oder Sturz eines Patienten, der in der Krankenakte, im Pflegebericht, Risikomanagementbericht oder anderweitig dokumentiert ist.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Alle Patientenstürze während dem Klinikaufenthalt werden erfasst.

#### Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten:

**2020:** 69 Stürze (Basis Mitternachtscensus, Anteil 0.23%)

**2019:** 83 Stürze (Basis Mitternachtscensus, Anteil 0.24%)

**2018:** 80 Stürze (Basis Mitternachtscensus, Anteil 0.24%)

**2017:** 85 Stürze (Basis Mitternachtscensus, Anteil 0.28%)

**2016:** 88 Stürze (Basis Mitternachtscensus, Anteil 0.27%)

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	IQIP
---	------

#### 17.1.2 Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ)

Alle Dekubiti werden in der Klinik systematisch erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Alle Patienten in der Klinik, bei welchen ein Dekubiti entdeckt wurde.

#### Anzahl tatsächlicher Dekubiti:

**2020:** 35 Dekubiti (Anteil 0.12% auf Basis Mitternachtscensus), davon 18 Spannungsblasen (Anteil 0.07%)

**2019:** 50 Dekubiti (Anteil 0.16% auf Basis Mitternachtscensus), davon 33 Spannungsblasen (Anteil 0.10%)

**2018:** 77 Dekubiti (Anteil 0.22% auf Basis Mitternachtscensus), davon 56 Spannungsblasen (Anteil 0.18%)

**2017:** 69 Dekubiti (Anteil 0.23% auf Basis Mitternachtscensus), davon 30 Spannungsblasen (Anteil 0.10%)

**2016:** 49 Dekubiti (Anteil 0.15% auf Basis Mitternachtscensus), davon 37 Spannungsblasen (Anteil 0.12%)

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	IQIP
---	------

### 17.1.3 Messung Indikator-Infektionen IPS

Messung der Infektionen durch Katheter auf der Intensivstation

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.  
Intensivstation

**Einschlusskriterien:**

- Harnwegsinfekt: mind. 48h auf der Intensivstation
- Primäre Sepsis: ind. 48h auf der Intensivstation
- Infektion der unteren Atemwege: mind. 48h auf der Intensivstation

**Ausschlusskriterien:** Patienten ausserhalb der Intensivstation

**Messergebnisse**

- **Harnwegsinfekt:** 0.0 / 1000 Devicetage
- **ZVK-Katheter:** 0.0 / Devicetage
- **\*Device assoziierte Atemwegsinfektionen, Pneumonie:** 18.99 / 1000 Devicetage
- **Nicht Device assoziierte Infektionen:** 3.11 / 1000 Patiententage

\* Die im Vergleich zu den Vorjahren deutlich erhöhten Device assoziierten Atemwegsinfektionen sind im Rahmen der Pandemie durch Langzeitbeatmung weniger Patienten zu interpretieren.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Internationales Auswertungsinstitut: NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, Berlin)
Methode / Instrument	KISS ITS

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Einführung Patientenidentifikationsarmbänder

Es ist ein internationaler Board-Entscheid, dass in allen Hirslanden Kliniken das Patientenidentifikationsarmband zur Identifikation und schlussendlich zur Patientensicherheit bis Ende 2020 eingeführt ist. Ziel und Zweck ist die Erhöhung der Patientensicherheit. Das Dachkonzept wird einmal jährlich im Rahmen eines Konzept-Reviews überprüft. Verantwortlich für die Überprüfung ist die Leitung Qualitätsmanagement im Corporate Office.

#### 18.1.2 Laufende Umsetzung Patientensicherheitskonzept

Folgende Themen werden regelmässig im Rahmen der Patientensicherheit bearbeitet:

- CIRS
- Events
- London Protokoll
- M&M
- Safe Surgery
- Peer Review
- Klinische Pharmazie
- Medikationssicherheit
- Materiovigilanz
- Pharmako- und Hämatovigilanz
- Patient Blood Management
- Schulungen, Rea
- Hygiene
- Ärztliche Verordnungen
- Indikationsboards
- Delirmanagement
- Strahlenschutz

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

#### 18.2.1 Corona-Pandemie

Alle Aktivitäten konzentrierten sich im Jahr 2020 auf die Bewältigung der Corona-Pandemie.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Zertifizierung Versorgungsregion Ostschweiz nach DIN ISO 9001:2015

Im Februar 2018 fand die erste ISO-Zertifizierung nach der revidierten Norm ISO 9001:2015 statt. Es ist geplant, die Klinik Stephanshorn und die Klinik am Rosenberg gemeinsam unter einem Zertifikat nach DIN ISO 9001:2015 zu zertifizieren.

**Ziel:**

Gesamtzertifizierung der Klinik Stephanshorn und Klinik am Rosenberg als Versorgungsregion Ostschweiz der Hirslandengruppe.

**Involvierte Personen / Bereiche:**

Prozesseigner aller Abteilungen, in Begleitung durch das Qualitätsmanagement.

**Termin:** Februar 2021

### 18.3.2 Rezertifizierung Brustzentrum Stephanshorn

Am 9. und 10. November 2020 wurde das Brustzentrum Stephanshorn, welches im Dezember 2013 von der Krebsliga Schweiz (KLS) und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (SGS) erstmals mit dem Qualitätslabel ausgezeichnet wurde, erneut geprüft. Das Brustzentrum Stephanshorn hat das Audit erfolgreich bestanden und erhält deshalb das Zertifikat für weitere vier Jahre. Das Qualitätslabel zeichnet Brustzentren aus, die klar definierte Anforderungen an die Qualität der Behandlung und Betreuung von Frauen mit Brustkrebs erfüllen.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Das Thema Patientensicherheit hat in der Klinik Stephanshorn einen sehr hohen Stellenwert. Daraus entstehen regelmässig neue Ideen seitens der Mitarbeitenden und der Führungspersonen, welche im Sinne der Patientensicherheit umgesetzt werden.

Im Jahr 2021 wird das Schwerpunktthema die Einführung eines neuen Meldeportals zur Meldung von Ereignissen und Zwischenfällen sein. Dadurch tragen sie wesentlich zur Erhöhung der Patientensicherheit bei.

Auf diese, wie aber auch weitere Herausforderungen, sind wir gespannt und freuen uns, stets Projekte und Ideen angehen zu können, um die Qualität in der Klinik weiterhin hochhalten zu können.

## 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>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>
Spinale Neurochirurgie
Periphere Neurochirurgie
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
<b>Gefäße</b>
Gefäßchirurgie periphere Gefäße (arteriell)
Interventionen periphere Gefäße (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters

Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Plexuschirurgie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000g$ )
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000g$ )
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie

## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

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