



**MERIAN ISELIN**

*Klinik für Orthopädie  
und Chirurgie*

# Qualitätsbericht 2021

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

24.05.2022  
Rolf Schwendener, COO, Stv. CEO

Version 2



**Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und  
Chirurgie**

[www.merianiselin.ch](http://www.merianiselin.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 2021.

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

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

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2021

Herr  
Mario Grava  
Leiter Qualitätsmanagement  
061 305 13 92  
[mario.grava@merianiselin.ch](mailto:mario.grava@merianiselin.ch)

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

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

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021 .....	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	17
4.5 Registerübersicht .....	18
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	18
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>19</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>20</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>20</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	20
5.2 Eigene Befragung .....	22
5.2.1 Patientenzufriedenheit .....	22
5.3 Beschwerdemanagement .....	23
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b>	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>24</b>
7.1 Eigene Befragung .....	24
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit .....	24
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>26</b>
8.1 Eigene Befragung .....	26
8.1.1 Belegärztezufriedenheit .....	26
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>27</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>27</b>
9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	27
<b>10 Operationen</b> .....	<b>28</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	28
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>29</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	29
<b>12 Stürze</b> .....	<b>32</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	32
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>34</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	34
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b>	
Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
<b>16 Zielerreichung und Gesundheitszustand</b>	
Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
<b>17 Weitere Qualitätsmessung</b> .....	<b>36</b>

17.1	Weitere eigene Messung .....	36
17.1.1	Stürze.....	36
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>37</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	37
18.1.1	Trauma-Board .....	37
18.1.2	Patient-reported outcome measures (PROMs).....	37
18.1.3	Digitales Patientenportal .....	37
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021 .....	38
18.2.1	Alle Projekte sind aktuell und laufend .....	38
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	38
18.3.1	ISO Norm 9001:2015 .....	38
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>39</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>40</b>
Akutsomatik .....		40
<b>Herausgeber .....</b>		<b>42</b>

## 1 Einleitung

**Die Merian Iselin Klinik ist das führende Gesundheitszentrum für Orthopädie, Urologie und Chirurgie in der Nordwestschweiz. Als moderne Belegarklinik mit ca. 120 akkreditierten Fachärzten bieten wir jedem Patienten die freie Arztwahl und somit eine bestmögliche individuelle Behandlung.**

Zusammen mit einem hochqualifizierten Team, einer konsequenten Spezialisierung auf die Fachbereiche Orthopädie und Urologie sowie dank permanenter technischer und infrastruktureller Weiterentwicklung kann sich das Merian Iselin heute zu einer der modernsten Kliniken der Schweiz zählen. Zusammen mit unseren Belegärztinnen und Belegärzten wird täglich intensiv daran gearbeitet, Ihnen als Patientin oder Patient, nach modernsten Erkenntnissen durchgeführte Eingriffe sowie eine hervorragende postoperative Pflege zu garantieren.

Infrastrukturell ist die Merian Iselin Klinik mit 9 auf dem neusten Stand der Technik ausgestatteten Operationssälen in der Lage, jährlich mehr als 8000 operative Eingriffe vorzunehmen. Perfekt eingespielte Abläufe verbunden mit der Fachspezialisierung bedeuten Sicherheit und damit Nachhaltigkeit für Ihre Gesundheit. Rund um die Uhr ist ein ärztliches Sicherheitsnetz verfügbar: Dieses garantiert, dass Sie als Patientin oder Patient die medizinisch-pflegerische Betreuung erhalten, welche individuell notwendig, kompetent, einfühlsam und für Sie optimal ist.

Über "Ortho-Notfall" ist es uns möglich an 7 Tagen pro Woche zwischen 08:00 bis 22:00 Uhr einen Teil der regionalen orthopädischen und urologischen Notfälle aufzunehmen und abzudecken.

Im Bereich von Diagnostik und Therapie präsentiert sich die Merian Iselin Klinik ebenfalls hochprofessionell. Die Radiologie ist mit modernster bildgebender Ausrüstung (2 MRI, davon ein 3-Tesla-System, hochauflösender CT, Angio und weitere digitale Röntgenverfahren) bestückt, zudem verfügen wir über ein effizientes, gut dotiertes Labor. Mit "Merian Santé" werden Sie als Patientin oder Patient in der Physiotherapie und der Ernährungsberatung entweder stationär oder ambulant qualitativ hochstehend und menschlich betreut und behandelt.

Modernes Design, Kunst, neuste Technik und eine hervorragende Hotellerie (auch mit "Premium Gold") garantieren auch ausserhalb der medizinischen Welt höchsten Komfort und Wohlbefinden für Sie. Rund 600 Mitarbeitende sind für den reibungslosen Ablauf während Ihres Klinikaufenthaltes besorgt.

Seit 2015 zertifiziert nach der ISO Norm 9001:2015 (Re-Zertifiziert am 27.04.2021) verpflichten wir uns mit unseren Partnern, Qualitätsstandards konstant zu optimieren und zu überprüfen. Die kontinuierliche Weiterbildung unserer Mitarbeitenden ist unverzichtbar um die hochgesteckten Ziele unserer Klinik zu erreichen.

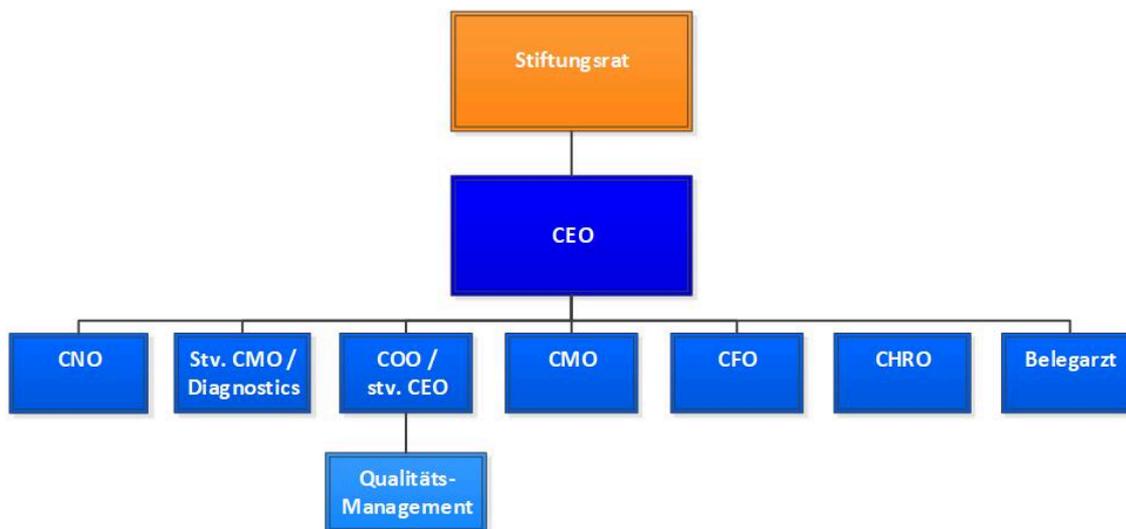
Die Merian Iselin Klinik ist deshalb Ihr idealer Partner zur Lösung medizinischer Probleme aus den Bereichen Orthopädie, Urologie und Chirurgie. Informieren Sie sich unverbindlich über unsere Möglichkeiten und machen Sie sich ein Bild von der Leistungsfähigkeit der Merian Iselin Klinik.

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

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Wichtige Qualitäts-Themen werden direkt in der Geschäftsleitung der Klinik diskutiert.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **300** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Mario Grava

Leiter Qualitätsmanagement

+41 61 305 13 92

[mario.grava@merianiselin.ch](mailto:mario.grava@merianiselin.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

In der Merian Iselin Klinik steht der Mensch immer im Mittelpunkt. Ob Patient, Angehöriger, Besucher, Mitarbeiter, Belegarzt, Kostenträger, Lieferant, Kooperationspartner oder im Allgemeinen die Öffentlichkeit. Ein ganz zentraler Unternehmensfokus ist die Patienten- bzw. die Kundenzufriedenheit.

Der Patient und/oder der Kunde setzt den Massstab für die Qualität. Sein Urteil über unsere Qualität ist somit ausschlaggebend.

Durch einen fortlaufenden Qualitätsverbesserungsprozess wird über das Engagement aller Mitarbeitenden auf allen Ebenen und unter Einbezug unserer Belegärzte die Qualität unserer Dienstleistungen permanent optimiert, dies im Einklang mit der Strategie der Merian Iselin Stiftung. Basis unseres Qualitätsmanagements ist Norm ISO 9001.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen müssen sich Privatkliniken im Markt klar profilieren und positionieren. Qualität, Fachkompetenz und Sicherheit spielen dabei eine zentrale Rolle. Das klinikinterne Rechnungswesen ist nach REKOLE zertifiziert. Mit dem Einsatz eines CIRS sollen kritische Situationen möglichst früh erkannt und mittels geeigneter Massnahmen vermieden werden.

Nach diesen Prinzipien arbeiten wir täglich. Unsere Belegärzte stehen für eine freie Arztwahl. Sie betreuen ihre Patienten hochkompetent und persönlich. Sie sind permanent verfügbar und engagieren sich in unserer Klinik für Allgemein- und für Zusatz-Versicherte. Belegärzte achten besonders auf den Schutz der Privatsphäre und messen den Wünschen der Patienten hinsichtlich des Ablaufes der Behandlung grösste Bedeutung zu.

Zum Wohlergehen der Patienten während des Aufenthaltes in unserer Klinik tragen der hohe Pflegestandard, die sorgfältige Aus- und Weiterbildung und die kontinuierliche Schulung unserer Mitarbeitenden bei. Unsere Klinik nimmt auch regelmässig an Messungen der Ergebnisqualität unserer Behandlungen teil und wir vergleichen die Ergebnisse mit anderen Spitälern, um bei den Besten zu bleiben.

Zudem führen wir periodisch Befragungen hinsichtlich Zufriedenheit bei unseren Patienten, unseren Mitarbeitenden sowie unseren Belegärzten durch. Die Ergebnisse ermöglichen einen Benchmark mit anderen Institutionen und geben uns Aufschluss über Verbesserungspotentiale, welche wir gezielt angehen und umsetzen.

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

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

- Konzeption Sanierung des zentralen OP-Trakts
- Evaluation eines neues Tools zur Erfassung von PROMs
- Konzeption Digitalisierung MIK
- Rezertifizierungsaudit nach ISO 9001:2015

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021

- Einführung eines neuen Meldeportals (CIRS, Ideen, Beschwerden)
- Etablierung der PROM's-Erhebung
- Erfolgreiche Rezertifizierung nach ISO 9001:2015

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualität ist und bleibt in Zukunft ein zentral wichtiger Faktor für die Merian Iselin Klinik. Daraus ergeben sich permanent Herausforderungen wie zum Beispiel die Abläufe und Strukturen im Rahmen des Prozessmanagements anzupassen. Oberstes Ziel ist dabei, die messbare und erlebbare Qualität in unserer Spezialklinik weiter zu dokumentieren und zu optimieren.

Qualität muss messbar sein. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sowie auch die kantonale Gesundheitsdirektion stellen hierfür Messinstrumente zur Verfügung, welche einheitliche Bewertungskriterien enthalten und somit ein schweizerisches und kantonales Benchmark ermöglichen. Gleichzeitig bieten uns diese Qualitätsindikatoren die Möglichkeit, uns weiter zu entwickeln.

Ein weiteres strategisches Qualitätselement unserer Klinik ist die Aufrechterhaltung der Zertifizierung nach der Norm 9001:2015.

Prozessdokumentationen werden zusätzliche Bedeutung erlangen. Prozessanalysen und Prozessoptimierungen, insbesondere bei Fragen rund um "ambulant vor stationär", werden die Wirtschaftlichkeit sowie die Konkurrenzfähigkeit sichern.

Zusätzlich sollen die Bestrebungen zur Nutzung des CIRS intensiviert werden. Qualitäts-Newsletter sowie punktuelle und zielgerichtete Qualitäts-Weiterbildungen runden das Gesamtbild ab.

Qualitätsziele der kommenden Jahre sind unter anderem:

- Einführung eines Patientenportals
- Einführung eines neuen Software-Tool zur PROM's-Erhebung
- Ausweitung der PROMs-Erhebung
- Gesamtsanierung der OP-Säle 1 - 6
- Regelmässige Messungen der Patienten-, Belegärzte-, und Mitarbeiterzufriedenheit - Umfragen sind lanciert
- Digitalisierung der MIK ausweiten

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> <li>▪ Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape</li> <li>▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> <li>▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)</li> </ul>

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Projekt Interprofessionelle Zusammenarbeit</li> </ul>

### 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>
▪ Patientenzufriedenheit
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterzufriedenheit
<b>Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:</b>
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Stürze

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

##### Care Flow

<b>Ziel</b>	Aktive Mitwirkung des Patienten bei einer komplikationsarmen und schnellen Wiedergewinnung von Aktivität und Lebensqualität vor und nach einem Hüft- oder Knie-TP-Eingriff
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	OP-Bereich, Anästhesie, Pflege, Physiotherapie, Belegärzte
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	kontinuierlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	OP-Bereich, Anästhesie, Pflege, Physiotherapie, Belegärzte
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Care Flow ist sehr erfolgreich, womit es zu einem festen Bestandteil des Angebots in unserer Klinik geworden ist.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Projektunterlagen bei der Klinikleitung abgelegt und dokumentiert

##### EasyLearn (Elektronisches Bildungssystem)

<b>Ziel</b>	Sicherstellung eines einheitlichen Wissensstandes aller Mitarbeitenden bezüglich ausgesuchter Ausbildungsinhalte
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	kontinuierlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Mitarbeitenden der Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Hat sich in der Klinik sehr gut bewährt.

## Beschwerdemanagement

<b>Ziel</b>	Kontinuierliche Verbesserungsaktivitäten, Optimierung der Qualität
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	kontinuierlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Mitarbeitenden der Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Bewährte Systematik, welche laufend optimiert wird.

## Meldeportal

<b>Ziel</b>	Förderung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	kontinuierlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Elektronisches Tool zur Erfassung von CIRS, Ideen, internen Beschwerden und Dringlichkeitsmeldungen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Mitarbeitenden der Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Hat sich in der Klinik sehr gut bewährt.

## Klinik-Informationen-System

<b>Ziel</b>	Digitale Patientenakten und Qualitätssicherung auf Knopfdruck, Erfüllen der Vorschriften und Patientensicherheit erhöhen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	kontinuierlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Mitarbeitenden der Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Hat sich in der Klinik sehr gut bewährt.

## Sicherheitsmanagement

<b>Ziel</b>	Schulung aller Mitarbeitenden bezüglich aller relevanten Sicherheitsvorkehrungen in der Klinik
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	kontinuierlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Mitarbeitenden der Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Bewährte Systematik, welche laufend optimiert wird.

## Patientenzufriedenheitserhebung mit internem Fragebogen

<b>Ziel</b>	Kontinuierliche Verbesserungsaktivitäten in der Klinik, Optimierung der Qualität
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	kontinuierlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Fester Bestandteil des QMS mit laufender Evaluation.

## Arbeits- und Gesundheitsschutz

<b>Ziel</b>	Gesetzliche Vorgaben einhalten, Gefährdungen und Belastungen in allen Bereichen ermitteln
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	kontinuierlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Methodik</b>	Branchenlösung H+
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen der Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Bewährte Systematik, welche laufend optimiert wird

## Traumaboard

<b>Ziel</b>	Optimierung von Outcome und Qualitätssicherung, verbessertes Verständnis aller involvierten Dienststellen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Interne und externe Bereiche, Belegärzte
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	kontinuierlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Methodik</b>	Erfahrungsaustausch unter den Traumatologen, Falldiskussionen, Besprechung optimaler Behandlungsmethoden, Besprechung von Resultaten und Outcomes, Einbezug aller involvierter Stellen (inkl. Pflege), Einbezug externer Experten
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte und Pflege auf dem Ortho-Notfall, orthopädisch-traumatologisch-tätige Belegärzte als Hitergurnddienst, Labor, Radiologie, OP, IMC, Pflegestationen, Administration, Nachgestellten Kliniken und Organisationen, kantonale Behörden
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Das «Trauma-Board» ist eine feste Institution unserer Klinik geworden, deckt sämtliche Belange unserer neu geschaffenen Permanence «Ortho-Notfall» ab, ist allseits akzeptiert und beliebt im Sinne einer gelebten optimalen interprofessionellen Zusammenarbeit, gewährleistet anhaltende Weiterentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Projektunterlagen bei der Klinikleitung abgelegt und dokumentiert

## PROMs

<b>Ziel</b>	Patienten mit Hüft- und Knie-TP werden mittels validiertem Fragebogen (EQ-5D) vor Klinikeintritt, 6 Monate, 1 Jahr und 2 Jahre nach Klinikaustritt befragt
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Qualitätsmanagement, Patientenaufnahme
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	kontinuierlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Befragung mittels validierten Fragebogen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Qualitätsmanagement, Patientenaufnahme
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Bestehender Softwareanbieter hat sich nicht bewährt, somit Umstellung auf ein neues Tool. Sehr Personalaufwendig, da Follow-up telefonisch durchgeführt wird. Hohe Akzeptanz bei den Patienten und somit eine hohe Rücklaufquote. Neue Evaluation findet 2023 statt
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Projektunterlagen bei der Klinikleitung abgelegt und dokumentiert

## Betriebliches Gesundheitsmanagement – «Gsund im Merian»

<b>Ziel</b>	Förderung der (beeinflussbaren) Rahmenbedingungen für die Mitarbeitenden der MIK um gesund zu bleiben bzw. ein Verständnis für Gesundheitsthemen zu erhalten/behalten.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	kontinuierlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Diverse, je nach Massnahme. Ständige Involvierte: Jennifer Hefti (HR, «Programmverantwortliche»); Mitglieder Gesundheitszirkel (HR, Unternehmensentwicklung, Küche, Merian Santé, Sicherheitsbeauftragter); Fachspezialistin Prävention der SWICA
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Laufende Evaluation mit Umsetzung des Verbesserungspotentials
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Projektunterlagen bei der Klinikleitung abgelegt und dokumentiert

## Digitales Patientenportal

<b>Ziel</b>	Sämtliche Aktivitäten des Patienten mit der Klinik können via Patientenportal abgewickelt werden
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	kontinuierlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen der Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Findet an dem "Go-Live" statt
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Projektunterlagen bei der Klinikleitung abgelegt und dokumentiert

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2010 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

##### **Bemerkungen**

Das CIRS-Meldesystem zur Erfassung von personenbezogenen Zwischenfällen und Beinahe-Zwischenfällen findet in der gesamten Merian Iselin Klinik Anwendung. Das CIRS-System ist mittels eines klinikexternen Zugang für unsere Belegärzte zugänglich und nutzbar.

## 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>A-QUA CH</b> Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://sgar-ssar.ch/a-qua/">sgar-ssar.ch/a-qua/</a>	2012
<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>	1999
<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>SOL-DHR</b> Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	SOL-DHR, USB Basel <a href="mailto:info@sol-dhr.ch">info@sol-dhr.ch</a> <a href="http://www.sol-dhr.ch/">www.sol-dhr.ch/</a>	2011

## 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	Gesamte Klinik	2015	2021	Rezertifizierung 2024
REKOLE	Finanzen & Controlling	2013	2021	
ISO/IEC 17043	Labor	1997	2021	
QUALAB	Labor	1992	2021	
Zertifizierte IMC nach den Richtlinien der SGI	IMC	2019	2019	

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2021 (CI* = 95%)
	2017	2018	2019	
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.32	4.34	4.43	4.43 (4.34 - 4.52)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.64	4.64	4.72	4.67 (4.57 - 4.76)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.70	4.64	4.74	4.67 (4.58 - 4.76)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.61	4.54	4.52	4.53 (4.41 - 4.65)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.18	4.10	4.16	4.29 (4.19 - 4.40)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	93.20 %	91.10 %	93.00 %	93.70 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2021				535
Anzahl eingetreffener Fragebogen	257	Rücklauf in Prozent		48 %

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.

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ

publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die sehr guten Resultate wurden erneut bestätigt

#### 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 ( $\geq 16$ Jahre) versendet, die im Juni 2021 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenzufriedenheit

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

Die Resultate werden einem Benchmark mit Kliniken der gesamten Schweiz unterzogen.

Die Messung findet jährlich statt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

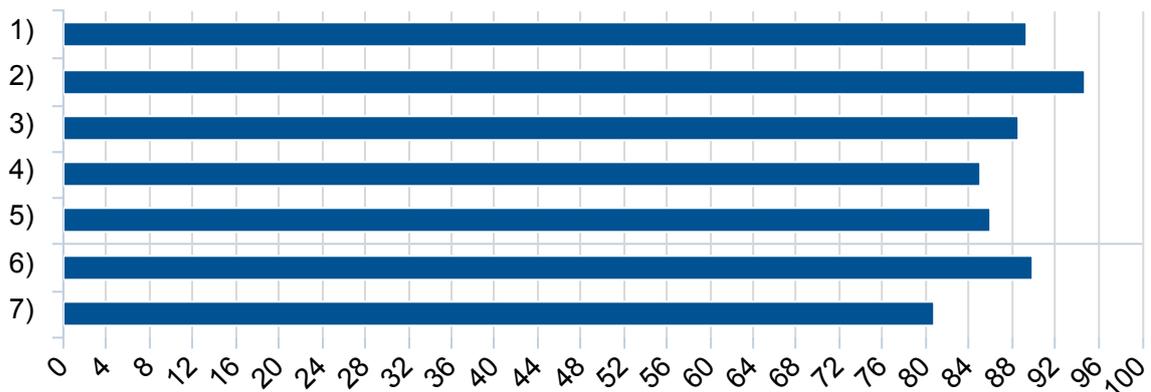
Die Befragung wurde in allen Abteilungen der Klinik durchgeführt.

Im Befragungszeitraum wurden alle Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserer Klinik hatten (schriftliche Befragung ca. 14 Tagen nach Austritt). Kinder wurden nicht befragt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Messthemen

- 1) Gesamter Betrieb
- 2) Ärzte
- 3) Pflege
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



0 = sehr unzufrieden / 100 = sehr zufrieden

■ Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	89.40	94.70	88.70	85.10	86.00

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	89.90	80.80	467	42.90 %

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument

### Bemerkungen

Die Klinik misst die Patientenzufriedenheit permanent (mittels Zufallsstichprobe von allen ausgetretenen Patienten = 1200 Patienten pro Jahr).

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### **Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie**

Qualitätsmanagement

Mario Grava

Leiter Qualitätsmanagement

+41 61 305 13 92

[mario.grava@merianiselin.ch](mailto:mario.grava@merianiselin.ch)

Montag bis Freitag jeweils von 07:00 bis 16:00 Uhr

Seit Mai 2012 existiert die unabhängige „Ombudsstelle Spitäler“ der Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler (VNS)

## 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 Mitarbeiterzufriedenheit

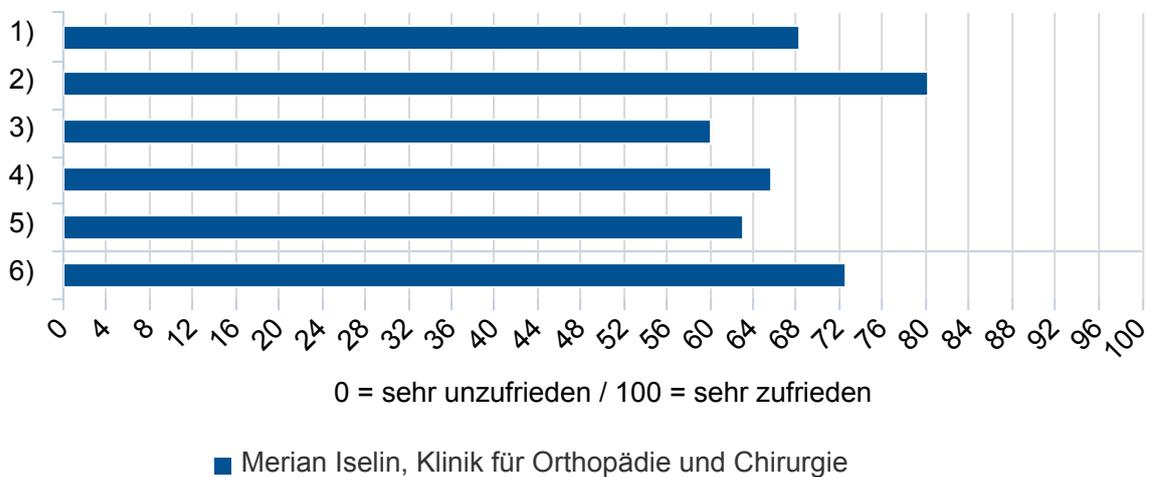
Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert der Merian Iselin Klinik wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter die Klinik als Arbeitgeberin und ihre Arbeitssituation empfunden haben. Aus den Erkenntnissen werden Verbesserungspotentiale generiert, welche dann umgesetzt werden. Die Resultate werden einem Benchmark mit Kliniken der gesamten Schweiz unterzogen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom Juni 2021 bis Juli 2021 durchgeführt. Alle Mitarbeitenden der Klinik werden befragt

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Messthemen

- 1) Gesamter Betrieb
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Therapeuten
- 5) Hotellerie
- 6) Administratives Personal



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	68.30	80.20	60.10	65.70	63.10

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	72.60	259	44.40 %

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument

## 8 Zuweiserzufriedenheit

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

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Belegärztezufriedenheit

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

Die Merian Iselin Klinik misst die Zuweiser/Belegärzte-Zufriedenheit seit 2004 alle 3 Jahre. Bisher wurden die stets sehr guten Ergebnisse bei jeder durchgeführten Messung bestätigt. Die Resultate werden einem Benchmark mit Kliniken der gesamten Schweiz unterzogen.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2023.

Alle Belegärzte werden befragt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Belegärztefragebogen

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell 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)	2016	2017	2018	2019
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>				
Verhältnis der Raten*	0.67	0.53	0.63	1
Anzahl auswertbare Austritte 2019:				4995

\* 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 potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell 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.

## 10 Operationen

### 10.1 Hüft- und Knieprothetik

Spitäler und Kliniken erfassen im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ implantierte Hüft- und Knieprothesen im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Das Register ermöglicht eine grosse Anzahl von Implantationen über einen langen Zeitraum zu beobachten sowie regelmässige Auswertungen und Vergleiche auf Ebene der Spitäler und Kliniken, als auch der Implantate zu machen. Ein besonderes Augenmerk gilt den 2-Jahres-Revisionsraten, d.h. der Revision innerhalb von zwei Jahren nach dem Primäreingriff. Das Register wird von der SIRIS Stiftung geführt.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.siris-implant.ch](http://www.siris-implant.ch)

#### Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

#### Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: Juli 2014 bis Juni 2018

	Anzahl eingeschlossen Primär- Implantate (Total) 2014 - 2018	Rohe 2-Jahres- Revisionsrate % (n/N) 2014 - 2018	Adjustierte Revisionsrate % 2014 - 2018
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>			
Primäre Hüfttotalprothesen	2556	2.30%	2.30%
Primäre Knieprothesen	2935	4.80%	4.70%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2021 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Juli 2014 bis Juni 2018. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Juni 2020.

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	Swiss RDL
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

## 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:
▪ Hernienoperationen
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2020 – 30. September 2021

**Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. November 2020 bis 1. April 2021**

Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. November 2020 erneut unterbrochen worden. Spitäler und Kliniken konnten die Messung auf freiwilliger Basis weiterführen. Validierungsbesuche wurden in Absprache mit den Spitalern/Kliniken fortgesetzt. Aufgrund der sich entspannenden Situation in den Institutionen, wurde die (verpflichtende) Messung zum 1. April 2021 wieder aufgenommen.

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2020/2021	2020/2021	2017/2018	
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>						
Hernienoperationen	86	1	1.30%	0.00%	0.00%	0.90% (0.00% - 3.00%)

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020

**Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. März bis 31. Mai 2020**

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2019/2020	2019/2020	2016/2017	
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	613	8	0.00%	2.60%	0.80%	2.00% (0.90% - 3.10%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	694	5	1.80%	1.10%	0.30%	0.70% (0.10% - 1.30%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

**Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.**

#### Messergebnisse

	2018	2019	2020	2021 ***
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	4	1	–	–
In Prozent	4.40%	1.10%	–	–
Residuum* (CI** = 95%)	0.11 (-0.32 - 0.53)	0.04 (-0.54 - 0.47)	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)	–	–

\* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse 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.

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 <math>\geq</math> 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>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 13 Dekubitus

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

### 13.1 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 Dekubitus. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

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

**Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.**

#### Messergebnisse

		Vorjahreswerte			2021 ***	In Prozent ***
		2018	2019	2020		
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	1	1	–	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.29 (0.31 - 0.01)	0.06 (-0.69 - 0.81)	–	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***		–	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</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>▪ 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>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Stürze

Seit 1999 werden in der Merian Iselin Klinik alle sich in der Klinik ereigneten Stürze (stationäre Patienten) nach folgender Definition erfasst: Sturz = Unfreiwilliges und/oder unkontrolliertes zu Boden sinken.

Dieses interne Messinstrument gilt als Frühwarnsystem um mit gezielten Massnahmen Stürze zu vermeiden und damit die Sicherheit der Patienten zu erhöhen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Diese Messung findet stets auf allen Abteilungen der Klinik statt.

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

- *Einschlusskriterien:* Alle stationären Patienten
- *Ausschlusskriterien:* Ambulante Patienten
- *Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten:* 7091 = 100%

#### Messergebnisse

- *Anzahl Stürze:* 53 = 0.74%
- *Anzahl mit Behandlungsfolgen:* 23 = 0.32%
- *Anzahl ohne Behandlungsfolgen:* 30 = 0.42%

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzprotokoll
---	----------------

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Trauma-Board

- **Projektart:** Interprofessionelles Projekt
- **Projektziel:** Optimierung von Outcome und Qualitätssicherung, verbessertes Verständnis aller involvierten Dienststellen, Vermeidung von Missverständnissen, Vermeidung von Reibungsflächen
- **Projekttablauf / Methodik:** Erfahrungsaustausch unter den Traumatologen, Falldiskussionen, Besprechung optimaler Behandlungsmethoden, Besprechung von Resultaten und Outcomes, Einbezug aller involvierter Stellen (inkl. Pflege), Einbezug externer Experten
- **Involvierte Berufsgruppen:** Ärzte und Pflege auf dem Ortho-Notfall, orthopädisch-traumatologisch-tätigen Belegärzte als "Hitergurnddienst", Labor, Radiologie, OP, IMC, Pflegestationen, Administration, Nachgestellten Kliniken und Organisationen, kantonalen Behörden
- **Projektevaluation / Konsequenzen:** Das "Trauma-Board" ist eine feste Institution unserer Klinik geworden, deckt sämtliche Belange unserer neu geschaffenen Permanence "Ortho-Notfall" ab, ist allseits akzeptiert und beliebt, im Sinne einer gelebten optimalen interprofessionellen Zusammenarbeit, gewährleistet anhaltende Weiterentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses

#### 18.1.2 Patient-reported outcome measures (PROMs)

- **Projektart:** Interprofessionelles Projekt
- **Projektziel:** Indikations- und Ergebnisqualität sollen weiter verbessert werden
- **Projekttablauf / Methodik:** Evaluation eines validieren Verfahrens, Information aller involvierten Stellen und Patienten, Pilotversuch durchführen, Verifizierung und Validierung, Verbesserungen umsetzen, Etablierung in der Klinik
- **Involvierte Berufsgruppen:** Mitarbeitenden des Qualitätsmanagements und der Patientenaufnahme, Ärzte
- **Projektevaluation / Konsequenzen:** Patient-reported outcome measures (PROMs) liefern Informationen zum Gesundheitszustand und zu den Auswirkungen einer Intervention/ Behandlung aus Sicht einer Patientin oder eines Patienten. PROMs fördern die patientenorientierte Behandlung, die Kommunikation zwischen Patient und Arzt sowie das Patientenmanagement (Monitoring und Anpassung des Behandlungsverlaufs, Erkennung von unerkannten Krankheiten etc.). PROMs erlauben, Rückschlüsse auf den medizinischen Nutzen und die Indikationsstellung zu ziehen

#### 18.1.3 Digitales Patientenportal

- **Projektart:** Interprofessionelles Projekt
- **Projektziel:** Plattform-Lösung um den Patienten mit Hilfe von integralen Schnittstellen zu anderen Systemen über den gesamten Patienten Journey zu begleiten. Mit der Einführung des Patientenportals können heutige und künftige "digitale" Bedürfnisse der Patienten abgedeckt werden und gleichzeitig interne administrative Prozesse vereinfacht werden.
- **Projekttablauf / Methodik:** Analyse der Bedürfnisse und Anforderungen, Evaluation einer Software, Erarbeitung der Anforderungen in diversen Projektgruppen, Information aller involvierten Stellen und Patienten, Pilotversuch durchführen, Verifizierung und Validierung, Verbesserungen umsetzen, Etablierung in der Klinik und bei den Patienten
- **Involvierte Berufsgruppen:** Alle Berufsgruppen der Klinik, sowie die Belegärzteschaft
- **Projektevaluation / Konsequenzen:** Evaluation nach dem "Go-Live" (Ende 2022)

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021

### 18.2.1 Alle Projekte sind aktuell und laufend

Alle aktuelle Projekte sind zeitlich nicht begrenzt

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 ISO Norm 9001:2015

- **Projektart:** Interdisziplinäres Projekt
- **Projektziel:** Aufrechterhaltung der Zertifizierung der gesamten Klinik nach ISO 9001:2015
- **Projektlauf / Methodik:** Analysieren von Chancen, Risiken und Verbesserungspotential, Lösungen erarbeiten und Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen, jährliche Durchführung von internen Audits und externen Überwachungsaudits, fortlaufende Evaluation
- **Involvierte Berufsgruppen:** Alle Bereiche der Klinik
- **Projektevaluation / Konsequenzen:** laufenden Projekt

## 19 Schlusswort und Ausblick

Qualität, insbesondere in einer stark spezialisierten Belegarztambulanz mit einer Notfalleinheit, ist ein zentrales Element der Wettbewerbsfähigkeit und der Leistungserstellung. Die Klinikverantwortlichen sind sich der Chancen aber auch der Umsetzungsschwierigkeiten durchaus bewusst, welche ein hochstehendes Qualitätsmanagement mit sich bringt. Kontinuierliche Verbesserungsschritte, implementiert im Betrieb und abgestimmt mit den verschiedenen Stakeholdern rund um den Patienten, stellen unsere Marschrichtung im Qualitätsfeld für die nächsten Jahre dar. Obwohl die Finanzierung der oft personalintensiven Messungen nur ungenügend geregelt ist, wird die Merian Iselin Klinik Schritt für Schritt sein erreichtes Qualitätsniveau weiter ausbauen und vertiefen.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### 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
Kieferchirurgie
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>
Kraniale Neurochirurgie
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>
Ophthalmologie
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
<b>Gefässe</b>
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie Carotis
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
<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
Plexuschirurgie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum

### **Bemerkungen**

Die hier aufgeführten Leistungsgruppen stimmen teilweise nicht mit dem aktuellen Leistungsangebot der Merian Iselin Klinik überein. Diese Daten stammen aus der Medizinischen Statistik (BFS) 2020, welche jeweils rückwirkend durch das BFS veröffentlicht wird, somit entziehen sie sich unserer Einflussnahme.

## 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 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).