

# Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

26.05.2023  
Corina Müller-Rohr, Direktorin Privatlinik Belair

Version 1



**Privatlinik Belair, Swiss Medical  
Network Hospitals SA**

[www.belair.ch](http://www.belair.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 2022.

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 2022

Frau  
Corina Müller-Rohr  
Direktorin  
079 151 12 32  
[cmueller-rohr@swissmedical.net](mailto:cmueller-rohr@swissmedical.net)

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

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken auch in herausfordernden Zeiten zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen, mit der H+ Qualitatsberichtsvorlage, eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) bertragen werden können.

Die Covid-19-Pandemie hatte im Jahr 2022 weiterhin einen Einfluss auf die Spitäler und Kliniken. Zur Entlastung wurde während der anspruchsvollen Wintermonate die nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen ausgesetzt. Die Messungen der Wundinfektionen, mit und ohne Implantate, konnten zudem erstmals zeitgleich durchgeführt werden.

Der ANQ konnte die nationalen Patientenzufriedenheitsbefragungen, die nun pro Fachbereich jeweils im Zweijahres-Rhythmus stattfinden, in der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgreich durchführen. In der Akutsomatik fand im Jahr 2022 regulär keine nationale Befragung statt.

Im Jahr 2022 hat sich der ANQ zu einem Methodenwechsel bei der Erfassung von Rehospitalisationen entschieden. Neu werden diese mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ausgewertet. Erste Ergebnisse, basierend auf den BFS-Daten 2021, werden dann im Qualitätsbericht 2023 ausgewiesen.

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken, in der aktuellen Berichtsvorlage, erstmals die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, 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. Detaillierte 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. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

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 2022 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	18
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	
4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs) .....	18
4.5 Registerübersicht .....	19
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	19
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>20</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>21</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>21</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	21
5.2 Eigene Befragung .....	23
5.2.1 Patientenbefragung stationär: Ihre Meinung ist uns wichtig! .....	23
5.2.2 Patientenbefragung ambulant: Ihre Meinung ist uns wichtig! .....	24
5.3 Beschwerdemanagement .....	24
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>25</b>
7.1 Eigene Befragung .....	25
7.1.1 Mitarbeiterbefragung im Rahmen der Jahresgespräche .....	25
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>26</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>26</b>
9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen .....	26
<b>10 Operationen</b> .....	<b>27</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	27
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>28</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	28
<b>12 Stürze</b> .....	<b>31</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	31
12.2 Eigene Messung .....	32
12.2.1 Stürze in der Klinik .....	32
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>33</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	33
13.2 Eigene Messungen .....	34
13.2.1 Wundliegen in der Klinik .....	34

<b>14</b>	<b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15</b>	<b>Psychische Symptombelastung</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>16</b>	<b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b>	
	Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b>	<b>35</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	35
18.1.1	Ausbau der Klinik	35
18.1.2	Weiterentwicklung IMS Premium (Prozess- & Dokumentenlenkungssystem)	35
18.1.3	Meldeportal Swiss Medical Network Gruppe	35
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022	36
18.2.1	ISO 9001:2015 Überwachungsaudit	36
18.2.2	We-Learning	36
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	36
18.3.1	ISO 9001:2015 Überwachungsaudit	36
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b>	<b>37</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b>		<b>38</b>
Akutsomatik		38
<b>Herausgeber</b>		<b>39</b>

## 1 Einleitung

Die Privatklinik Belair befindet sich an wunderschöner Lage hoch über der Altstadt von Schaffhausen und gehört zu den führenden privaten Kliniken der Region.

Mit 45 akkreditierten Ärztinnen und Ärzten sowie 99 Mitarbeitenden bietet sie ihren Patientinnen und Patienten erstklassige medizinische Betreuung in persönlicher Atmosphäre und angenehmer Umgebung. Zu den wichtigsten medizinischen Fachgebieten gehören die Orthopädie, Wirbelsäulenchirurgie, Urologie, Gynäkologie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Ophthalmologie, Nephrologie, Kardiologie, Rheumatologie und Hämatologie.

Die Klinik steht auf der Spitalliste des Kantons Schaffhausen. Sowohl ambulant als auch stationär können Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen betreut werden.

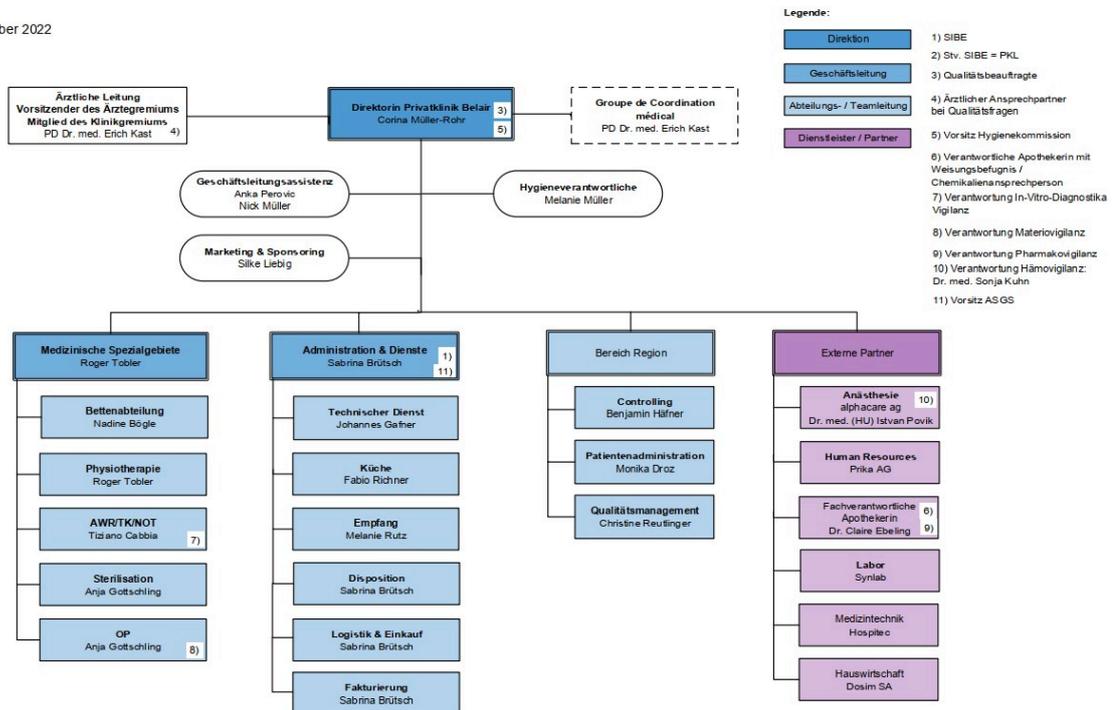
Die 1971 gegründete Klinik ist seit 2019 Teil des Swiss Medical Network, dem schweizweit 22 Kliniken und Spitäler sowie rund 30 ambulante Zentren in 13 Kantonen in den drei Hauptsprachregionen des Landes angehören.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

Per 1. September 2022



Das Thema Qualität ist ein Fixtraktandum in der Geschäftsleitung und so auf der obersten operativen Führungsebene angesiedelt.

Unser Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Der Bereich Qualitätsentwicklung SMN Schweiz wird unterteilt nach Regionen. In allen Regionen wurde mindestens eine regionale Stabsstelle geschaffen, welche die Qualitätsentwicklung in den zugehörigen Kliniken übergreifend koordiniert. In jeder Klinik ist eine Ansprechperson für die Qualitätsentwicklung definiert. Zur Unterstützung der schweizweiten Koordination wurde eine Supportstelle geschaffen.

Dabei stehen folgende Aufgaben im Vordergrund:

- Weiterentwicklung des QMS
- Koordination von qualitätsrelevanten Themen
- Support für und in den zugehörigen Kliniken
- Einsitz in diversen Gremien
- Key-User Initialschulung und Support IMS
- Ansprechperson / Hauptkontakt für diverse Qualitäts-Institutionen

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **20** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Christine Reutlinger  
 Qualitätsverantwortliche Region ZH/SH/SG  
 044 388 16 04  
[creutlinger@swissmedical.net](mailto:creutlinger@swissmedical.net)

Frau Anka Perovic  
 GL-Assistentin  
 052 632 19 91  
[aperovic@belair.ch](mailto:aperovic@belair.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Ein nachhaltiges Qualitätsmanagement ist für die Privatklinik Belair ein tragendes Element. Die oberste Leitung der Klinik nimmt ihre Führungsverpflichtung wahr, indem sie sicherstellt, dass die Grundsätze des Qualitätsmanagements verstanden, gefördert und im operativen Alltag angewendet werden.

Unter Qualität verstehen wir das Gleichgewicht zwischen konstant besten Leistungen, Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Effektivität. Wir streben nach Excellence in allem was wir tun. Als Mitglied von verschiedenen Institutionen und Verbänden (z.B. ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) verpflichten wir uns, die entsprechenden Standards jederzeit zu erfüllen. Durch eine systematische Lenkung unserer Aktivitäten schaffen wir auf allen Ebenen ein permanentes Bewusstsein für die Qualität und verbessern unsere Leistungen laufend.

Wir planen, pflegen, überprüfen und verbessern unser Qualitätsmanagement nach den Grundprinzipien der ISO 9001:2015 und dem Regelkreis des Deming-Modells. Unsere Entwicklung bewerten wir anhand der Ergebnisse aus Audits, Kundenbefragungen, Messungen und wiederkehrenden Überprüfungen durch externe Zertifizierungsstellen, z.B. im Rahmen der ISO 9001:2015. Die Wirksamkeit der daraus resultierenden Massnahmen wird regelmässig überprüft.

#### **Wir richten unser Qualitätsmanagement nach folgenden Grundorientierungen aus:**

- Kundenorientierung
- Ressourcenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Prozessorientierung
- Ergebnisorientierung
- Innovation
- Kontinuierliche Verbesserung

#### **Qualitätsziele**

Um unseren Ansprüchen hinsichtlich einer gleichbleibend hohen Qualität gerecht zu werden, fokussieren wir uns auf nachfolgende Ziele:

- Ein klinikübergreifendes Qualitätsmanagementsystem ist implementiert und wird gelebt
- Unsere Prozesse werden systematisch und regelmässig auditiert
- Der kontinuierliche Verbesserungsprozess ist Bestandteil unseres täglichen Handelns
- Die gesamte Institution erfüllt die Anforderungen der ISO Norm 9001:2015
- Das Fehlerrisiko wird auf ein Minimum reduziert und dadurch die Patientensicherheit erhöht
- Der Kunde steht im Zentrum unseres Handelns

Die Qualitätsziele sind verbindlich und werden den Mitarbeitenden kommuniziert. Dabei geht die Führung stets mit gutem Beispiel voran.

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

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

#### **Zertifizierung nach ISO 9001:2015**

Nach der erfolgreichen Erstzertifizierung nach den internationalen Standards der ISO 9001:2015 im Jahr 2021 bereiteten wir uns in 2022 auf das Überwachungsaudit vor. Die Zertifizierung bildet die Basis für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess unseres Qualitätsmanagementsystems. Dadurch wird die Transparenz betrieblicher Abläufe erhöht und die Dienstleistungsqualität weiter gesteigert.

**Teilnahme ANQ-Pilotprojekt PROMs ambulant**

Die Gremien des ANQ haben die Durchführung dieses Pilotprojekts beschlossen, um die Machbarkeit von Qualitätsmessungen im ambulanten Bereich bei den zwei Eingriffsarten Kniearthroskopie bei Meniskusklausion und einseitige Leistenhernie zu prüfen. Die Privatklinik Belair hat an diesem Pilotprojekt zur Erfassung klinischer Qualitätsindikatoren, der Patientenzufriedenheit sowie spezifischer Outcomes ebenfalls teilgenommen.

**Projektinitialisierung PROMs stationär**

In 2022 wurden erste Abklärungen und Vorbereitungen zur stationären Qualitätsmessung nach Hüft- und Knie-Prothesen getroffen. Dafür wurden entsprechende Applikationen evaluiert und anerkannte Fragebogenstandards zur Messung der Indikations- und Ergebnisqualität ausgewählt und hinterlegt. Es ist vorgesehen in 2023 mit der Messung zu starten.

**3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022**

- Erfolgreich bestandenes Überwachungsaudit nach ISO 9001:2015 (Swiss Safety Center)
- Relaunch der Klinikwebsite und Überarbeitung aller Inhalte
- Erstellung und Implementierung einer einheitlichen, regionalen Qualitätspolitik für die zugehörigen Kliniken (ZH/SH/SG) der Swiss Medical Network-Gruppe
- Lancierung verschiedener Aktionen zum Thema Patientensicherheit: z.B. Schwerpunktwoche für „Sichere Medikation“; Selbstevaluation der Compliance im Umgang mit der Checkliste „Sichere Chirurgie“; Praxisnahes Training in einem „Room of Horrors“ zur gemeinsamen Lösung von gefährdenden Situationen
- Teilnahme an den nationalen ANQ-Messungen sowie Validierung und Verbesserung der standardisierten Methodik der internen SSI Surveillance-Prozesse
- Erarbeitung We-Learning-Module zur optimalen Integration des Room Service in die Pflege
- Durchführung von internen Audits (inkl. Hygiene-Audits) zur kontinuierlichen Verbesserung der Abläufe und Optimierung von Schnittstellen
- Verstärkte Nutzung von Synergien mit Partnerkliniken in der Region sowie Aufbau von standortübergreifenden und regionalen Zuständigkeiten

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

#### **Integratives Managementsystem**

Ein umfassendes Managementsystem wurde in den letzten beiden Jahren aufgebaut und implementiert. Dies soll nun in den kommenden Jahren noch weiterentwickelt und vertieft werden. Die Prozessstruktur (Management-, Kern-, Supportprozesse) wird den Klinikbedürfnissen weiter angepasst und national auf Gruppenebene vereinheitlicht. Mit Hilfe eines überregionalen Austauschs wird das Wissensmanagement weiter gefördert und vorhandenes Know-how langfristig gesichert.

#### **Digitalisierung**

Die digitale Transformation verbessert nicht nur die Effizienz in den Prozessabläufen, sondern sie ermöglicht auch eine Veränderung von Strukturen und kulturellen Aspekten sowie eine nachhaltige Entwicklung der Organisation. Aus diesem Grund ist in den kommenden Jahren die Implementierung eines elektronischen Patientendossiers vorgesehen. Ein Pilotprojekt dazu wurde in einer Partnerklinik bereits gestartet. Somit wird der Wissenstransfer eine wichtige Rolle spielen, um die Applikation zu einem späteren Zeitpunkt auch in der Privatklinik Belair zu integrieren.

Auch mit externen Partnern wird nach Saas-Lösungen gesucht, um das webbasierte Arbeiten weiter zu fördern und Schnittstellen zu optimieren.

#### **Mitarbeiter-Entwicklung**

Hinsichtlich einer transparenten Wissensvermittlung wird künftig vermehrt auf E-Learnings für die Mitarbeitenden gesetzt. Dazu wurden Arbeitsgruppen gebildet, um verschiedene Schulungsthemen in elektronischer Form zu erarbeiten (z.B. Händehygiene, Materiovigilance, Hämovigilance, etc.). Erste Umsetzungen sind bereits für 2023 geplant.

#### **Aufbau und Umsetzung Case Management**

Für komplexe Problemsituationen soll künftig rechtzeitig eine optimale Lösung gefunden werden. Um die Abläufe aufzubauen und die nötigen Tools zur vorzeitigen Erfassung implementieren zu können, wurde ein Case Management Team gebildet. Dieses soll die Patienten durch ein systemisches Vorgehen unterstützen und die Schnittstellen zu nachgelagerten Prozessen optimal abdecken.

#### **Synergienutzung und gegenseitiges Lernen**

Für die Kliniken der Swiss Medical Network Gruppe steht die Nutzung von Synergien im zentralen Fokus der nächsten Jahre. Insbesondere in der Deutschschweiz werden klinikübergreifende Stellen gebildet und damit der Austausch gefördert. Vorhandenes Know-how soll weiter ausgebaut und langfristig gesichert werden.

## 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 wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung Rehospitalisationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swisnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)

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

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Patientenbefragung stationär: Ihre Meinung ist uns wichtig!</li><li>▪ Patientenbefragung ambulant: Ihre Meinung ist uns wichtig!</li></ul>
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mitarbeiterbefragung im Rahmen der Jahresgespräche</li></ul>

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Stürze in der Klinik</li></ul>
<i>Dekubitus</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Wundliegen in der Klinik</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Meldeportal Swiss Medical Network Gruppe

<b>Ziel</b>	Gemeinsame Lernplattform innerhalb der Gruppe
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	CIRS / Vigilanz / digitale Sturz- & Dekubitus Protokolle
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	seit März 2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Entscheid der Generaldirektion Swiss Medical Network
<b>Methodik</b>	Bereitstellung einer öffentlichen Fallliste
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganze Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die anonyme Fallliste wurde im Berichtsjahr 2022 den Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt. So soll das gegenseitige Lernen aus Fehlern gefördert werden. Es wird regelmässig in internen Newslettern auf die Wichtigkeit der Meldungen hingewiesen. Die Ergebnisse werden analysiert und wo sinnvoll entsprechende Verbesserungen umgesetzt.

Weiterentwicklung IMS Premium (Prozess- & Dokumentenlenkung)

<b>Ziel</b>	Effizienzsteigerung durch Standardisierung der Prozesse im Arbeitsalltag sowie einheitliche Dokumentenlenkung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ganze Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	Kontinuierlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Förderung prozessorientierter Arbeitsweise & systematische Dokumentenlenkung
<b>Methodik</b>	Gesamtnutzungskonzept, Instruktion Prozesseigner & Mitarbeitende, Kontrollinstrumente (Audits, Begehungen), Verbesserungen aufgrund gesammelter Erkenntnisse
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Nach ersten Erfahrungen werden die Prozesse teilweise verschlankt und Schnittstellen optimiert. Feststellbarer Nutzen für die Anwender; wirksame Verbesserungen, Aufbau eines klinikübergreifenden Netzwerkes.

## Ausbau der Klinik

<b>Ziel</b>	Aufbau Radiologie, ambulante OP-Einheiten, neuer Bettentrakt, Bistro, Tiefgarage
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2023 - 2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Erweiterung und Ausbau der bestehenden Infrastruktur / Effizienzsteigerung in den Prozessabläufen
<b>Methodik</b>	Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Baueingabe im Frühjahr 2023
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Baupläne

## ISO 9001:2015 Zertifizierung

<b>Ziel</b>	Anerkanntes Qualitätszertifikat / Erfolgreiches Überwachungsaudit
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Bereiche der Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	Kontinuierlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Erfüllung der Qualitätsstandards nach ISO 9001:2015 / Klare Positionierung / Kontinuierliche Verbesserung
<b>Methodik</b>	Externes Audit anhand der ISO-Norm 9001:2015 durch die gewählte Zertifizierungsstelle
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	In das Projekt sind alle Mitarbeitenden der Klinik involviert.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Durch die erfolgreiche Aufrechterhaltung der Zertifizierung wird aufgezeigt, dass sich die Klinik stark mit dem Thema Qualität auseinandersetzt.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	ISO-Norm 9001:2015

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

### Ärztgremium

<b>Ziel</b>	Interprofessionelle Abstimmung; Nachhaltigkeit im Gesundheitssystem
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Unterschiedliche Fachgebiete
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Fortlaufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Austausch zu aktuellen Themen, Qualitätsrichtlinien (Standards)
<b>Methodik</b>	Regelmässige Abstimmung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Belegärzte / Vertreter aus verschiedenen Fachgebieten

### OP-Lenkungsausschuss

<b>Ziel</b>	Optimale OP-Auslastung und bereichsübergreifende Abstimmung
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	OP, AEMP, Anästhesie, Patientendisposition, Pflege
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Fortlaufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Optimierung der Schnittstellen
<b>Methodik</b>	Regelmässige bereichsübergreifende Abstimmung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärztlicher Leiter, Geschäftsleitung, Anästhesie, OP
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Zweimal jährlich unter Berücksichtigung der Geschäftszahlen, der OP-Kapazitäten-Auswertung sowie des OP-Statutes
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	OP-Statut der Privatklinik Belair

## Hygienekommission

<b>Ziel</b>	Infektionsprävention und Sicherstellung der Spitalhygiene
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ganze Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Fortlaufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Einhaltung der Vorgaben
<b>Methodik</b>	Evidenzbasierte Standards
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Direktion, Spitalhygiene, Infektiologe, OP, Pflege, QM
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Kontroll-Audits, Datenanalyse
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Hygiene-Konzept

## Arbeitsgruppe Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

<b>Ziel</b>	Vermeidung von Unfällen und Krankheiten bei Mitarbeitenden, Gewährleistung der Arbeitssicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ganze Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Fortlaufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Wir wollen unseren Mitarbeitenden einen sicheren und Gesundheit erhaltenden Arbeitsplatz zur Verfügung stellen. Wir wollen uns für die ASGS täglich einsetzen und uns stetig verbessern. Wir schützen die Gesundheit und steigern somit die Zufriedenheit der Mitarbeitenden.
<b>Methodik</b>	Zieldefinition im Bereich ASGS, Gefährdungsermittlung, Schulungen, Sensibilisierungskampagnen; Schutzmassnahmen nach Stop-Prinzip
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Teilnehmer aus allen relevanten Klinikbereichen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Gefährdungsermittlungen, regelmässige Arbeitssitzungen

## CIRS-Zirkel

<b>Ziel</b>	Sicherstellung der Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ganze Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit 2021 nach neuem Konzept
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Patientensicherheit
<b>Methodik</b>	Faktencheck, Fehleranalyse, Korrekturmassnahmen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Geschäftsleitung, QM, Anästhesie, Ärztevertreter, OP, Pflege, Abtlg. nach Bedarf
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Regelmässiges Monitoring der gemeldeten CIRS-Fälle in der GL; Monatliche Besprechung/Analyse im CIRS-Zirkel; Öffentliche Fallliste zu Lernzwecken; Dokumentation Verbesserungsmassnahmen

## We-Learning

<b>Ziel</b>	Stärkung Kundenservice-Gedanke / Hohe Kundenzufriedenheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bereiche entlang des Patientenpfads
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2022
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Weiterentwicklung Mitarbeitende
<b>Methodik</b>	"Train the trainer" - Aufbau interne Schulungsmodule
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle mit direktem Kundenkontakt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Messung Kundenzufriedenheit, Feedbacks der Patienten
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Schulungsmodule

#### 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 2019 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

Die Swiss Medical Network-Gruppe hat im März 2021 ein neues CIRS-Tool eingeführt. Im CIRS-Zirkel der Klinik werden regelmässig Fallbesprechungen durchgeführt und allfällige Massnahmen getroffen. Je nach Bedarf werden Prozessoptimierungen vorgenommen. Zudem sind eingehende CIRS-Meldungen ein Fixtraktandum in der Geschäftsleitungssitzung.

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

Patient-reported Outcome Measures (PROMs) messen die von Patientinnen und Patienten individuelle, subjektive Wahrnehmung einer Behandlung auf die Lebensqualität. Neben anderen Indikatoren messen sie die Behandlungsqualität und geben ein Abbild der Lebensqualität der Patienten entsprechend ihren individuellen Werten, Präferenzen und Vorstellungen. Die Messung erfolgt mittels standardisierter, international validierter Fragebögen zum subjektiven Gesundheitszustand vor, während und nach einer Behandlung. Die Erfassung und Analyse von PROMs haben einen vielfältigen Nutzen. Sie helfen beispielsweise die Kommunikation und Shared-Decision-Making mit den Patienten zu verbessern. Zudem erhält das medizinische Fachpersonal eine zeitnahe Rückmeldung über den Behandlungserfolg aus Sicht des Patienten und kann weitere Schritte einleiten.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgenden PROM-Messungen durchgeführt/geplant:					
Krankheitsbild	Behandlungspfad(e)/Klinik(en)	PROM-Set	Verwendete Score(s)	Seit/Ab	Kommentare
Leistenhernie einseitig	ambulant	ANQ Pilotprojekt	COMI-hernia präop. / EuroQol	2022	Es handelt sich um ein zeitlich begrenztes Pilotprojekt.

## 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>SIRIS</b> Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a> <a href="http://siris-spine.com/">siris-spine.com/</a>	2014
<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>	2015

## 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
9001:2015	Ganzer Betrieb	2021	2022	2022: Überwachungsaudit erfolgreich bestanden

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und Anregungen für Verbesserungspotenziale 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 2022 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
<b>Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.30	4.40	4.50	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.90	4.70	4.70	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.80	4.70	4.60	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.70	4.70	4.30	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.40	4.20	4.40	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	100.00 %	92.70 %	88.90 %	– %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2022				–
Anzahl eingetreffener Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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 haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Die nächsten Befragungen in diesem Bereich folgen im Jahr 2023.

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

Im Rahmen der Aktionswoche Patientensicherheit Schweiz wurden in 2022 verschiedene Aktivitäten zur Medikation umgesetzt. Unter anderem wurden die Patienten auch hinsichtlich der "5 Momente der Medikationssicherheit" der WHO sensibilisiert. Es wurden Broschüren zum sicheren Umgang mit Medikamenten verteilt und zusätzliche Aufklärungsgespräche geführt.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 16$ Jahre) versendet, die im Juni – 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 Patientenbefragung stationär: Ihre Meinung ist uns wichtig!

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

Schwerpunktmässig umfasst die Zufriedenheitsbefragung aller stationären Patienten folgende Kriterien:

- Information/Kommunikation
- Organisation Eintritts- und Austrittsprozess
- Empfang durch die Mitarbeiter in der Klinik
- Behandlungsqualität Pflege / OP / Physiotherapie
- Hotellerieleistungen Essen / Reinigung
- Stimmung / Atmosphäre in der Klinik
- Ärztliche Leistungen / Behandlung
- Wartezeiten
- Infrastruktur der Klinik
- Positive Aspekte während des Aufenthaltes
- Verbesserungspotenzial

Die Fragen konnten auf einer Skala von 1 (ungenügend) bis 5 (sehr gut), mit Ja/Nein oder mit Freitext beurteilt werden.

Die Rücklaufquote lag bei 61.2%.

Bei den definierten Benchmark-Fragen (innerhalb der Gruppe Swiss Medical Network) liegt die durchschnittliche Gesamtbewertung bei 4.8 (Skala 1-5).

Rückmeldungen werden wöchentlich in der Geschäftsleitung besprochen, um zeitnah korrektive Massnahmen einzuleiten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.  
Die Befragung richtet sich an alle Patientinnen und Patienten im stationären Bereich.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Auf die Darstellung der detaillierten Resultate wird aufgrund der komplexen Datenstruktur verzichtet.  
Die Ergebnisse können jedoch auf Anfrage bei der Kontaktperson für den Qualitätsbericht eingesehen werden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Survio
Methode / Instrument	Survio

## 5.2.2 Patientenbefragung ambulant: Ihre Meinung ist uns wichtig!

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

Schwerpunktmässig umfasst die Zufriedenheitsbefragung aller ambulanten Patienten folgende Kriterien:

- Information/Kommunikation
- Empfang durch die Mitarbeiter in der Klinik
- Betreuungsqualität Tagesklinik
- Medizinische Behandlung
- Atmosphäre in der Klinik
- Infrastruktur der Tagesklinik
- Information zur Fortsetzung der Behandlung
- Verbesserungspotenzial

Die Fragen konnten auf einer Skala von 1 (ungenügend), 2 (genügend), 3 (gut) bis 4 (sehr gut), mit Ja/Nein oder mit Freitext beurteilt werden.

Die Rücklaufquote bei der ambulanten Befragung lag bei 26.7%. Um eine höhere Quote zu erreichen wurde ein QR-Code auf dem Austrittsflyer eingefügt, über welchen das Feedback auch von zu Hause aus noch abgegeben werden kann.

97.25% der erfassten ambulanten Patienten würden sich wieder für die Privatklinik Belair entscheiden.

Die Rückmeldungen werden wöchentlich in der Geschäftsleitung besprochen, um zeitnah korrektive Massnahmen einzuleiten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Die Befragung richtet sich an alle ambulanten Patientinnen und Patienten der Tagesklinik.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Auf die Darstellung der detaillierten Resultate wird aufgrund der komplexen Datenstruktur verzichtet. Die Ergebnisse können jedoch auf Anfrage bei der Kontaktperson für den Qualitätsbericht eingesehen werden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Survio
Methode / Instrument	Survio

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### **Privatklinik Belair, Swiss Medical Network**

#### **Hospitals SA**

Beschwerdemanagement Privatklinik Belair

Anka Perovic

GL-Assistentin

052 632 19 91

[aperovic@belair.ch](mailto:aperovic@belair.ch)

MO, DI, DO, FR zu Bürozeiten

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Mitarbeiterbefragung im Rahmen der Jahresgespräche

##### Zufriedenheitsbefragung zu folgenden Punkten:

- Verbesserungen im vergangenen Jahr
- Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Ziele
- Rahmenbedingungen (Arbeitsvolumen, Arbeitswerkzeuge, etc.)
- Arbeitsklima/Kommunikation im Team
- Zusammenarbeit mit dem Vorgesetzten
- Aus- und Weiterbildungen
- Weiterentwicklungsmöglichkeiten

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom Januar 2022 bis Mai 2022 durchgeführt. In die Befragung wurden sämtliche Mitarbeitende der Klinik eingeschlossen.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Anhand der Resultate werden individuelle Verbesserungsmassnahmen umgesetzt.

##### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung 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)	2017	2018	2019	2020
<b>Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA</b>				
Verhältnis der Raten*	1.25	0.85	0.8	–
Anzahl auswertbare Austritte 2020:	–			

\* 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/).

Ab dem BFS Datenjahr 2020 findet ein Methodenwechsel statt. Gemäss Entscheid ANQ werden die Daten der Einführungsphase nicht transparent publiziert. Dies gilt für den aktuellen Qualitätsbericht 2022 (BFS-Daten 2020). Im Jahr 2023 werden dann für das BFS-Datenjahr 2021 neu die «ungeplanten Rehospitalisationen innert 30 Tagen» transparent ausgewiesen.

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

Bei klinikeigenen Rehospitalisationen werden die Fälle analysiert und bei Bedarf Verbesserungsmassnahmen definiert.

#### 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 Patientinnen und 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: 1.1.2016 bis 31.12.2019

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2016 - 2019	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2016 - 2019	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate % 2014 - 2018	Adjustierte Revisionsrate % 2016 - 2019
<b>Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA</b>				
Primäre Hüfttotalprothesen	471	3.20%	3.70%	3.50%
Primäre Knieprothesen	450	5.00%	4.60%	4.90%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2022 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2016 bis Dezember 2019. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2021.

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, ISPM Bern
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 oder einer Rehospitalisation 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 Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulen Chirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (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:

- Wirbelsäulen Chirurgie (ohne Implantat)
- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
- Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2021 – 30. September 2022

**Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022**

Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. Dezember 2021 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. März 2022 wieder aufgenommen.

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2021/2022	2021/2022	2018/2019	
<b>Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA</b>						
Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)	34	0	0.00%	0.00%	3.10%	0.00% (0.00% - 0.00%)

Die Messungen mit und ohne Implantate werden neu jeweils zeitgleich durchgeführt. Infolge der Übergangsphase können im Qualitätsbericht 2022 gleich zwei Messperioden (2020/2021 und 2021/2022) bei den Messungen mit Implantaten ergänzt werden. Jedoch wird nur die neuere Messung (2021/2022) ausführlich dargestellt. Die Ergebnisse der Messperiode mit Implantaten, vom 1. Oktober 2020 – 30. September 2021 (mit Unterbruch infolge Covid-19, 1. November 2020 bis 1. April 2021), werden bereits unter den Vorjahren aufgelistet.

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2021 – 30. September 2022

**Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022**

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2021/2022	2021/2022	2018/2019	
<b>Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenkprothesen	43	1	0.50%	5.50%	0.00%	1.90% (0.00% - 5.90%)
Erstimplantationen von Kniegelenkprothesen	46	0	0.00%	1.80%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und 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 Patientinnen und 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	2022
<b>Privatklinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA</b>			
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	0	0
In Prozent	4.80%	0.00%	0.00%
Residuum* (CI** = 95%)	0.04 (0.40 - 0.47)	-0.01 (-0.54 - 0.53)	0
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	8	Anteil in Prozent (Antwortrate) 100.00%	

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

## 12.2 Eigene Messung

### 12.2.1 Stürze in der Klinik

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge die Patienten unbeabsichtigt und unabhängig von der Ursache auf dem Boden oder einer tieferen Ebene zu liegen kommen (Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly, 1987).

Alle Stürze in der Klinik werden erfasst, um aus den Situationen zu lernen und weitere, präventive Massnahmen zu ergreifen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Die Patienten auf der Station, im Aufwachraum und der Tagesklinik wurden in die Erfassung eingeschlossen.

Es fanden 3 Sturzereignisse ohne Verletzungsfolgen sowie 5 Sturzereignisse mit leichter Verletzungsfolge statt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 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 Patientinnen und 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

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte		2022	In Prozent
		2018	2019		
<b>Privatlinik Belair, Swiss Medical Network Hospitals SA</b>					
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.01 (-0.30 - 0.29)	0 (-0.79 - 0.79)	0	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	8	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		100.00%	

\* 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 Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</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>

## 13.2 Eigene Messungen

### 13.2.1 Wundliegen in der Klinik

Alle betroffenen Fälle in der Klinik werden erfasst, um aus den Situationen zu lernen und weitere, präventive Massnahmen zu ergreifen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Es wurden alle Patienten auf der Bettenabteilung in die Erfassung eingeschlossen und auf "Wundliegen" überprüft.

Aufgrund der grösstenteils Kurzaufenthalte sind im Messzeitraum keine Dekubiti aufgetreten.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Ausbau der Klinik

Um den geforderten Qualitätsvorgaben in der Privatklinik Belair in höchstem Masse entsprechen zu können (inkl. kantonaler Leistungsaufträge für die Spitalplanung 2024) und um den zukünftigen Anforderungen gerecht werden zu können (ambulant vor stationär), müssen Vorgaben eingehalten, Investitionen getätigt und das chirurgische wie auch das medizinische Angebot erweitert werden. Folgende Massnahmen für einen Um- und Erweiterungsbau wurden definiert: Umbau und Modernisierung des Aufwachraumes und der Tagesklinik, Bereitstellung diverser Inhouse Ärztepraxen, Bau eines neuen Betttraktes, Umbau OP-Trakt mit zwei zusätzlichen neuen ambulanten OP-Einheiten, Aufbau einer Radiologie, Eröffnung eines Bistros.

#### 18.1.2 Weiterentwicklung IMS Premium (Prozess- & Dokumentenlenkungssystem)

Das integrierte Managementsystem IMS wurde im 2021 aufgebaut und implementiert. In einem nächsten Schritt sollen anhand von internen Audits und Begehungen die Prozesse und Dokumente überprüft und optimiert werden. Ziel ist eine vereinfachte Darstellung der klinikinternen Abläufe um diese den Mitarbeitenden zugänglicher zu machen. Im Vordergrund steht das prozessorientierte Denken und eine Effizienzsteigerung an den verschiedenen Schnittstellen. Dabei stellen wir die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Fokus unseres Denkens und Handelns.

#### 18.1.3 Meldeportal Swiss Medical Network Gruppe

Für die gesamte Swiss Medical Network Gruppe wurde per 1. März 2021 schweizweit ein neues Meldeportal aufgeschaltet. Es ermöglicht Mitarbeitenden und Ärzten von innerhalb wie auch ausserhalb der Kliniken Meldungen zu erfassen:

- CIRS-Fälle
- Vigilanzen (Hämo/Pharmako/Materio)
- Sturz & Dekubitus Fälle

Im System sind einheitliche Abläufe zur Bearbeitung und Überwachung der Fälle hinterlegt, die einen systematischen Ansatz unterstützen und für eine Auswertung gruppenweit einen Benchmark zulassen.

Im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung möchten wir eine gemeinsame Lernplattform für unsere Mitarbeitenden schaffen. Aus diesem Grund kann eine öffentliche Fallliste klinikintern generiert werden, welche anhand von Beispielen die Lernkultur fördern soll und lösungsorientierte Optimierungen aufzeigt. Dadurch wird nicht nur die Patientensicherheit weiter gefördert, sondern auch der Umgang mit Fehlern nachhaltig gestärkt.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

### 18.2.1 ISO 9001:2015 Überwachungsaudit

Die Privatklinik Belair ist seit 2021 nach den internationalen Standards der ISO 9001:2015 zertifiziert und konnte durch den engagierten Einsatz der Mitarbeitenden auch das Überwachungsaudit in 2022 erfolgreich umsetzen.

### 18.2.2 We-Learning

Im Berichtsjahr wurden mit Unterstützung der Firma Forwardservice verschiedene We-Learning-Module zur Erhöhung des Kundenservice-Gedankens erarbeitet und umgesetzt. Die Schulungen konnten durch klinikinterne Mitarbeiter durchgeführt werden. Bis Ende 2022 wurden die Bereiche entlang des Patientenpfads im zwei-Wochen-Rhythmus zu 24 verschiedenen Themen der Kundenorientierung geschult.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 ISO 9001:2015 Überwachungsaudit

Im September 2023 wird das nächste Überwachungsaudit nach ISO 9001:2015 stattfinden. Dabei werden die vorhandenen Prozesse auf ihre Wirksamkeit überprüft.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Die Vordere Breite, auf dessen Areal sich die Klinik befindet, nimmt als attraktives Wohngebiet und Ort für Bildung, Freizeit, Erholung und Gesundheit eine bedeutende Stellung im Stadtgefüge ein. Darüber hinaus besitzt sie aufgrund der Nähe zur Altstadt und den umgebenden freien Flächen grosses Potenzial zur baulichen Weiterentwicklung.

Die Privatklinik Belair soll sich durch zukunftsorientierte Planung in Form von Um-, Aus- und Neubauten zu einem Gesundheitszentrum entwickeln und somit einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität der Region Schaffhausen leisten. Um den kantonalen Leistungsauftrag qualitativ hochstehend erfüllen zu können, müssen Vorgaben eingehalten, Investitionen getätigt und das chirurgische wie auch das medizinische Angebot erweitert werden.

Einen wichtigen Grundpfeiler der Klinik bildet die Qualität, die vollumfänglich im Sinne der Sicherheit und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden steht.

## 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>Augen (Ophthalmologie)</b>
Ophthalmologie
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie

## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner

Die Vorlage 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).