

# Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

31.05.2023  
Urs Cadruvi, Direktor

Version 1

Hirslanden, Klinik Stephanshorn

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



Akutsomatik

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 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  
Ulrike Biendarra  
Leitung Qualitätsmanagement  
+41 71 282 76 84  
[Ulrike.Biendarra@hirslanden.ch](mailto:Ulrike.Biendarra@hirslanden.ch)

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

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tsberichtsvorlage, 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 .....                                                                   | 8         |
| 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....                                                                    | 8         |
| <b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten .....</b>                                                              | <b>9</b>  |
| 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....                                                                               | 9         |
| 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen<br>Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben |           |
| 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....                                               | 10        |
| 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....                                                                              | 11        |
| 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....                                                                              | 12        |
| 4.4.2 IQM Peer Review Verfahren .....                                                                                     | 13        |
| 4.5 Registerübersicht .....                                                                                               | 14        |
| 4.6 Zertifizierungsübersicht .....                                                                                        | 15        |
| <b>QUALITÄTSMESSUNGEN .....</b>                                                                                           | <b>16</b> |
| <b>Zufriedenheitsbefragungen .....</b>                                                                                    | <b>17</b> |
| <b>5 Patientenzufriedenheit .....</b>                                                                                     | <b>17</b> |
| 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....                                                                 | 17        |
| 5.2 Beschwerdemanagement .....                                                                                            | 18        |
| <b>6 Angehörigenzufriedenheit</b><br>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.            |           |
| <b>7 Mitarbeiterzufriedenheit .....</b>                                                                                   | <b>19</b> |
| 7.1 Eigene Befragung .....                                                                                                | 19        |
| 7.1.1 Gallup-Befragung "Your Voice" .....                                                                                 | 19        |
| <b>8 Zuweiserzufriedenheit</b><br>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.               |           |
| <b>Behandlungsqualität .....</b>                                                                                          | <b>20</b> |
| <b>9 Wiedereintritte .....</b>                                                                                            | <b>20</b> |
| 9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen .....                                                                        | 20        |
| 9.2 Eigene Messung .....                                                                                                  | 21        |
| 9.2.1 IQIP Re- Hospitalisation .....                                                                                      | 21        |
| <b>10 Operationen .....</b>                                                                                               | <b>22</b> |
| 10.1 Hüft- und Knieprothetik .....                                                                                        | 22        |
| 10.2 Eigene Messung .....                                                                                                 | 23        |
| 10.2.1 IQIP Re-Operationen .....                                                                                          | 23        |
| <b>11 Infektionen .....</b>                                                                                               | <b>24</b> |
| 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....                                                              | 24        |
| <b>12 Stürze .....</b>                                                                                                    | <b>27</b> |
| 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....                                                                               | 27        |
| <b>13 Dekubitus .....</b>                                                                                                 | <b>29</b> |
| 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....                                                                           | 29        |
| <b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b><br>Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.            |           |
| <b>15 Psychische Symptombelastung</b><br>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>                                                   | <b>31</b> |
| 17.1      | Weitere eigene Messungen                                                            | 31        |
| 17.1.1    | Stürze (andere als mit der Methode LPZ)                                             | 31        |
| 17.1.2    | Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ)                                           | 32        |
| 17.1.3    | Messung Indikator-Infektionen IPS                                                   | 33        |
| <b>18</b> | <b>Projekte im Detail</b>                                                           | <b>34</b> |
| 18.1      | Aktuelle Qualitätsprojekte                                                          | 34        |
| 18.1.1    | Laufende Umsetzung Patientensicherheitskonzept                                      | 34        |
| 18.2      | Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022                               | 35        |
| 18.2.1    | Einführung eines neuen Meldeportals zur Meldung von Ereignissen und Zwischenfällen. | 35        |
| 18.2.2    | Optimierung Dokumentenlenkssystem Signavio                                          | 35        |
| 18.3      | Aktuelle Zertifizierungsprojekte                                                    | 35        |
| 18.3.1    | Re-Zertifizierung DIN ISO 9001:2015                                                 | 35        |
| <b>19</b> | <b>Schlusswort und Ausblick</b>                                                     | <b>36</b> |
|           | <b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b>                            | <b>37</b> |
|           | Akutsomatik                                                                         | 37        |
|           | <b>Herausgeber</b>                                                                  | <b>39</b> |

# 1 Einleitung

## Hirslanden Klinik Stephanshorn

### Medizin auf hohem Niveau

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

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

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

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

**Direktor und Qualitätsverantwortlicher:**

Urs Cadruvi

**Co-Leitung Medizinisches System:**

Dr. med. Michael Übersax, Yvonne Frick

**Patientensicherheitsbeauftragter:**

Dr. med. Michael Übersax

**Leitung Qualitätsmanagement:**

Ulrike Biendarra

**Qualitätsgremien und Kommissionen**

- Qualitätskommission
- Hygienekommission
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Arzneimittelkommission
- Patientensicherheitskommission
- Interdisziplinäres TPSC Bord (Bearbeitung CIRS-Fälle, Ereignisse)
- M+M Kommission
- Risikomanagement

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **290** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Ulrike Biendarra

Leitung Qualitätsmanagement

071 282 7684

[Ulrike.Biendarra@hirslanden.ch](mailto:Ulrike.Biendarra@hirslanden.ch)

Herr Alexander Schreck

Qualitäts- und Risikomanager

071 282 7663

[Alexander.Schreck@hirslanden.ch](mailto:Alexander.Schreck@hirslanden.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### Qualitätspolitik von Hirslanden

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

Die Umsetzung der Qualitätspolitik wird durch den bestehenden Hirslanden Qualitätsentwicklungsplan unterstützt.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

- Patientensicherheit
- Patientenzufriedenheit und Weiterempfehlungsrate
- Einführung Patientenbefragung in ambulanten Bereichen
- Optimierung des Prozesses zur Bearbeitung von Ereignissen und Zwischenfällen

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022

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

#### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Steigerung der Patientensicherheit entlang des Patientenpfades von OP-Anmeldung bis Austritt.
- Wissensmanagement weiterentwickeln mit unterstützenden Tools wie z.B. eLearning



## 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 Swissnoso |
| ▪ 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>Mitarbeiterzufriedenheit</i>                                   |
| ▪ Gallup-Befragung "Your Voice"                                   |
| Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt: |
| <i>Wiedereintritte</i>                                            |
| ▪ IQIP Re- Hospitalisation                                        |
| <i>Operationen</i>                                                |
| ▪ IQIP Re-Operationen                                             |
| <i>Weitere Qualitätsmessungen</i>                                 |
| ▪ Stürze (andere als mit der Methode LPZ)                         |
| ▪ Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ)                       |
| ▪ Messung Indikator-Infektionen IPS                               |

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Digitale Patientenbefragung ambulante Bereiche

|                                            |                                                                                                        |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ziel</b>                                | Digitale Patientenbefragung für Patienten in der Physiotherapie, Notfall, Radiologie und Brustzentrum. |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | Ambulante Bereiche                                                                                     |
| <b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>       | November 2022                                                                                          |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.                                                       |
| <b>Begründung</b>                          | Konzernvorgabe                                                                                         |
| <b>Methodik</b>                            | Projektablauf mit Projektleitung seitens des Konzerns                                                  |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | Qualitätsmanagement                                                                                    |

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2012 ein CIRS eingeführt.

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

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

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

#### Bemerkungen

Seit 2012 verfügt die Klinik Stephanshorn über ein Critical Incident Reporting System (CIRS). Es handelt sich um ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise können Risiken in der Organisation und den Prozessen identifiziert werden und gezielt Verbesserungsmassnahmen zur Steigerung der Sicherheitskultur implementiert werden.

2021 wurde seitens des Hirslanden Konzerns die CIRS-Plattform durch ein umfangreicheres System mit erweiterten technischen Möglichkeiten abgelöst. Die TPSC (The Patient Safety Company) orientiert sich in der Namensgebung am gewählten Anbieter dieser Software. Mit den erweiterten Melde- und Bearbeitungsmöglichkeiten mussten die Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten innerhalb des Hauses neu definiert und gebildet werden. Alle Mitarbeitenden wurden in der Anwendung geschult und nutzen dieses Tool aktiv. In den Einführungstagen ist das Fehlermanagement fester Bestandteil, um bereits neue Mitarbeitende für das Thema «Zwischenfälle» zu sensibilisieren. Die Bearbeitung der Meldungen erfolgt selbständig in den betroffenen Teams und die Ergebnisse werden regelmässig in Teamsitzungen besprochen. Ergänzend dazu finden viermal jährlich sog. TPSC-Boards statt, in denen fachübergreifend interessante und/oder sich wiederholende Fälle diskutiert werden, um gemeinsam Lösungen zu erarbeiten und zum gemeinsamen Lernen beizutragen.

#### 4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

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

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

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

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse [https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/fileadmin/Ergebnisveroeffentlichung/2022/Member/IQM\\_mitglied\\_472\\_DE.pdf](https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/fileadmin/Ergebnisveroeffentlichung/2022/Member/IQM_mitglied_472_DE.pdf) abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

2020 und 2021 organisierte IQM aufgrund der Covid-19-Pandemie keine klinikübergreifenden Peer Reviews.

#### Bemerkungen

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

## 4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm](http://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm)

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Bezeichnung                                                                              | Fachrichtungen                                                                                                                                                                                                                                                                          | Betreiberorganisation                                                                                                                                                                        | Seit/Ab |
| <b>AQC</b><br>Arbeitsgemeinschaft für<br>Qualitätssicherung in der Chirurgie             | Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe,<br>Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische<br>Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und<br>thorak. Gefässchir., Gastroenterologie,<br>Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie,<br>Senologie, Bariatric, Wundbehandlung | Adjumed Services AG<br><a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>                                                                                                                            | 2013    |
| <b>Infreporting</b><br>Melde-System meldepflichtiger<br>übertragbarer Krankheiten        | Infektiologie, Epidemiologie                                                                                                                                                                                                                                                            | Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme<br><a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>                                                            | 2012    |
| <b>MDSi</b><br>Minimaler Datensatz der Schweiz.<br>Gesellschaft für Intensivmedizin SGI  | Intensivmedizin                                                                                                                                                                                                                                                                         | SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin<br><a href="http://www.sgi-ssmi.ch/">www.sgi-ssmi.ch/</a>                                                                                     | 2013    |
| <b>MS</b><br>Medizinische Statistik der<br>Krankenhäuser                                 | Alle Fachbereiche                                                                                                                                                                                                                                                                       | Bundesamt für Statistik<br><a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>                                                                                                            | 2012    |
| <b>SIRIS</b><br>Schweizerisches Implantat-Register<br>SIRIS                              | Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie,<br>Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie                                                                                                                                                                                             | Stiftung für Qualitätssicherung in der<br>Implantationsmedizin<br><a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a><br><a href="http://siris-spine.com/">siris-spine.com/</a> | 2012    |
| <b>SMOB</b><br>Swiss Morbid Obesity Register                                             | Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric                                                                                                                                                                                                                                                 | SMOB Register<br><a href="http://www.smob.ch/">www.smob.ch/</a>                                                                                                                              | 2013    |
| <b>Swissnoso SSI</b><br>Die nationale Surveillance der<br>postoperativen Wundinfektionen | Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und<br>Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention<br>und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir.,<br>Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin                                                                                    | Verein Swissnoso<br><a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>                                                                                                                   | 2009    |
| <b>SWISSVASC</b><br>SWISSVASC Registry                                                   | Gefässchirurgie                                                                                                                                                                                                                                                                         | Arbeitsgruppe Swissvasc Registry<br><a href="http://www.swissvasc.ch/">www.swissvasc.ch/</a>                                                                                                 | 2019    |

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

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen:: |                |                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bezeichnung                                                                                   | Fachrichtungen | Betreiberorganisation                                                                                                                                                                                                    |
| KR Ostschweiz<br>Krebsregister Ostschweiz                                                     | Alle           | <a href="https://ostschweiz.krebsliga.ch/">ostschweiz.krebsliga.ch/</a><br><a href="https://ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-ostschweiz-forschung/">ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-ostschweiz-forschung/</a> |

#### 4.6 Zertifizierungsübersicht

| Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:                       |                                                   |                                             |                                                |                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Angewendete Norm                                                | Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet | Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment | Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment | Kommentare                                                      |
| ISO 9001:2008                                                   | gesamte Klinik                                    | 2012                                        | 2015                                           | Im 2018 Wechsel auf die neue Norm 9001:2015                     |
| ISO 9001:2015                                                   | gesamte Klinik                                    | 2018                                        | 2021                                           | Zertifizierung der Versorgungsregion Ostschweiz im Februar 2021 |
| Brustzentrum Qualitätslabel der schweiz. Krebsliga (SGS)        | Brustzentrum                                      | 2013                                        | 2022                                           | In Zusammenarbeit mit dem Tumor- und Brustzentrum St. Gallen    |
| Anerkennung der Intensivstation                                 | Anerkennung durch SGI                             | 2014                                        | 2019                                           | Gültigkeit fünf Jahre                                           |
| REKOLE                                                          | gesamte Klinik                                    | 2018                                        | 2022                                           | Gültigkeit 4 Jahre                                              |
| Friendly Work Space Label (Betriebliches Gesundheitsmanagement) | gesamte Klinik                                    | 2018                                        | 2021                                           | Gültigkeit 3 Jahre                                              |

# **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,<br>adjustierter<br>Mittelwert 2022<br>(CI* = 95%) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                    | 2018           | 2019                | 2021    |                                                                       |
| Hirslanden, Klinik Stephanshorn                                                                    |                |                     |         |                                                                       |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)? | 4.29           | 4.26                | 4.27    | –<br>(–)                                                              |
| Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?                                                      | 4.67           | 4.62                | 4.66    | –<br>(–)                                                              |
| Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?                                             | 4.68           | 4.64                | 4.61    | –<br>(–)                                                              |
| Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?   | 4.66           | 4.61                | 4.52    | –<br>(–)                                                              |
| Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?                                                    | 4.12           | 4.05                | 4.13    | –<br>(–)                                                              |
| Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?                                               | 95.90 %        | 96.20 %             | 90.70 % | – %                                                                   |
| Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2022                                              |                |                     |         | –                                                                     |
| Anzahl eingetroffener 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 Jahr 2022 fand keine Befragung statt.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

ESOPÉ, Unisanté, Lausanne

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten

Einschlusskriterien

Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im Juni – das Spital verlassen haben.

Ausschlusskriterien

- Im Spital verstorbene Patienten.
- Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.
- Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

## 5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### Hirslanden, Klinik Stephanshorn

Qualitätsmanagement

Beschwerdemanagement

Ulrike Biendarra

Leitung Qualitätsmanagement

071 282 76 84

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

Mo - Fr, 08.00-17.00 Uhr

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

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

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

Im November 2022 fand zum achten Mal die „Your Voice“-Mitarbeiterbefragung in Zusammenarbeit mit der Firma Gallup statt. Ziel des Programms ist es, sowohl die Arbeitszufriedenheit als auch die emotionale Bindung der Mitarbeitenden zu Hirslanden zu stärken.

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

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

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

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

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

| Angaben zur Messung            |                                                 |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Gallup                                          |
| Methode / Instrument           | Gallup Befragung / Anonyme Mitarbeiterbefragung |

## 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>Hirslanden, Klinik Stephanshorn</b> |      |      |      |      |
| Verhältnis der Raten*                  | 1.1  | 0.99 | 0.99 | –    |
| 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.

| 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. |

## 9.2 Eigene Messung

### 9.2.1 IQIP Re- Hospitalisation

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.  
Alle Patienten.

Die Ergebnisse werden im gruppenweiten Hirslanden Qualitätsbericht veröffentlicht.

| Angaben zur Messung                             |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |

## 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<br>eingeschlossen<br>Primär-<br>Implantate<br>(Total) | Rohe<br>2-Jahres-<br>Revisionsrate<br>% (n/N) | Vorjahreswerte<br>Adjustierte<br>Revisionsrate<br>% | Adjustierte<br>Revisionsrate<br>% |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|
|                                        | 2016 - 2019                                                  | 2016 - 2019                                   | 2014 - 2018                                         | 2016 - 2019                       |
| <b>Hirslanden, Klinik Stephanshorn</b> |                                                              |                                               |                                                     |                                   |
| Primäre Hüfttotalprothesen             | 247                                                          | 4.10%                                         | 2.80%                                               | 4.20%                             |
| Primäre Knieprothesen                  | 201                                                          | 4.50%                                         | 4.10%                                               | 4.40%                             |

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.                                  |

## 10.2 Eigene Messung

### 10.2.1 IQIP Re-Operationen

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

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.  
Es wurden alle chirurgischen Patienten berücksichtigt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

| Angaben zur Messung                             |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |

## 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, Wirbelsäulenchirurgie 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: |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen                           |
| ▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)                                                   |
| ▪ Magenbypassoperationen                                                            |
| ▪ Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)                                            |
| ▪ Wirbelsäulenchirurgie (mit Implantat)                                             |



**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 Spitälern/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*) |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------|
|                                                         |                                       |                                           | 2018/2019                                   | 2019/2020 | 2020/2021 |                                    |
| Hirslanden, Klinik Stephanshorn                         |                                       |                                           |                                             |           |           | 2021/2022                          |
| *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen | 0                                     | 0                                         | -                                           | -         | 0.00%     | 0.00% (0.00% - 0.00%)              |
| *** Dickdarmoperationen (Colon)                         | 34                                    | 0                                         | 4.00%                                       | 2.10%     | 11.20%    | 0.00% (0.00% - 0.00%)              |
| Magenbypassoperationen                                  | 79                                    | 0                                         | 4.70%                                       | 0.00%     | 2.90%     | 0.00% (0.00% - 0.00%)              |
| Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)                  | 164                                   | 4                                         | -                                           | -         | 2.20%     | 2.60% (0.10% - 5.00%)              |

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**

| Unterbreich der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 16. Januar 2022 |                                       |                                           |                                             |           |           |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------|
| Operationen                                                                            | Anzahl beurteilte Operationen (Total) | Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N) | Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % |           |           | adjustierte Infektionsrate % (CI*) |
|                                                                                        |                                       |                                           | 2018/2019                                   | 2019/2020 | 2020/2021 |                                    |
| Hirslanden, Klinik Stephanshorn                                                        |                                       |                                           |                                             |           |           |                                    |
| Wirbelsäulenchirurgie (mit Implantat)                                                  | 13                                    | 0                                         | 6.30%                                       | 5.60%     | -         | 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

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

|                                                   |    |                                         | 2018  | 2019                | 2022                   |
|---------------------------------------------------|----|-----------------------------------------|-------|---------------------|------------------------|
| <b>Hirslanden, Klinik Stephanshorn</b>            |    |                                         |       |                     |                        |
| Anzahl im Spital erfolgte Stürze                  |    |                                         | 1     | 0                   |                        |
| In Prozent                                        |    |                                         | 1.50% | 0.00%               | -                      |
| Residuum*<br>(CI** = 95%)                         |    |                                         |       | 0<br>(-0.52 - 0.52) | -0.1<br>(-0.76 - 0.56) |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten<br>2022 | 38 | Anteil in Prozent (Antwortrate)<br>2022 |       | 44.70%              |                        |

\* 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>                                                                                                                   |

## 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 (Punktprevalenz) 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

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

| Anzahl Patienten mit Dekubitus                 |                                             | Vorjahreswerte                                                           |                      | 2022           | In Prozent |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------|------------|
|                                                |                                             | 2018                                                                     | 2019                 |                |            |
| <b>Hirslanden, Klinik Stephanshorn</b>         |                                             |                                                                          |                      |                |            |
| Nosokomiale Dekubitusprävalenz                 | Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 | 0                                                                        | 0                    |                | -          |
|                                                | Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)       | 0                                                                        | -0.05 (-0.82 - 0.72) | (-0.89 - 0.80) | -          |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022 | 38                                          | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 2022 |                      | 44.70%         |            |

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

## 17 Weitere Qualitätsmessungen

### 17.1 Weitere eigene Messungen

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

Alle Stürze werden systematisch erfasst und ausgewertet.

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Alle Patientenstürze während dem Klinikaufenthalt werden erfasst.

#### Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten:

**2022:** 68 Stürze (Basis Mitternachtscensus, Anteil 0.24%)

**2021:** 84 Stürze (Basis Mitternachtscensus, Anteil 0.25%)

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

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

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

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

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

#### Angaben zur Messung

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

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

Alle Dekubiti werden in der Klinik systematisch erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

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

#### Anzahl tatsächlicher Dekubiti:

**2022:** 26 Dekubiti (Anteil 0.09% auf Basis Mitternachtscensus), davon 15 Spannungsblasen (Anteil 0.05%)

**2021:** 38 Dekubiti (Anteil 0.12% auf Basis Mitternachtscensus), davon 20 Spannungsblasen (Anteil 0.07%)

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

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

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

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

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

| Angaben zur Messung                             |      |
|-------------------------------------------------|------|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | IQIP |



### 17.1.3 Messung Indikator-Infektionen IPS

Messung der Infektionen durch Katheter auf der Intensivstation

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Intensivstation

**Einschlusskriterien:**

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

**Ausschlusskriterien:** Patienten ausserhalb der Intensivstation

**Messergebnisse**

- **Harnwegsinfekt:** 0.00/1000 Devicetage
- **ZVK-Katheter:** 0.00 /1000 Devicetage
- **Device assoziierte Atemwegsinfektionen, Pneumonie:** 20.41 /1000 Devicetage \*
- **Nicht device assoziierte Infektionen:** 0.00 /1000 Devicetage

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

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

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Laufende Umsetzung Patientensicherheitskonzept

Folgende Themen werden regelmässig im Rahmen der Patientensicherheit bearbeitet:

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

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

### 18.2.1 Einführung eines neuen Meldeportals zur Meldung von Ereignissen und Zwischenfällen.

Ziel war die Implementierung eines klinischen Managementsystems, das der Verbesserung der Patientensicherheit und dem kontinuierlichen Lernen dient. Diese Ziele werden erreicht durch:

- Die standardisierte Meldung und Verwaltung von Patientensicherheitszwischenfällen
- Verbesserte Fähigkeiten, zu verstehen, was schief und was richtig läuft, und daraus zu lernen
- Förderung der Kompetenzen zur Erhöhung der Patientensicherheit sowie zu kontinuierlichen Verbesserungen
- Schaffen einer Just Culture und fördern des Wohlbefindens der Mitarbeitenden
- Sicherstellen, dass Patienten und ihre Familien unterstützt, gehört, verstanden und wertgeschätzt werden

Das System wird die «Sichtbarkeit» von Sicherheitszwischenfällen auf der Ebene der Einheiten verbessern. Durch das Tracking der Überprüfung von Zwischenfällen unterstützt es die Vorgesetzten dabei, die Verantwortung für das Sicherheitsmanagement in ihren Einheiten zu übernehmen. Dies ermöglicht ihnen auch, die notwendigen Präventions- und Verbesserungsmassnahmen zu ergreifen.

Die Qualitätsteams in den Einrichtungen haben dadurch bessere Möglichkeiten, um Trends zu überwachen und Daten schneller zu analysieren. Sie werden auch die Qualitätsverbesserungen vorantreiben und den Vorgesetzten Unterstützung beim Mentoring bieten müssen.

### 18.2.2 Optimierung Dokumentenlenkssystem Signavio

Zur besseren Auffindbarkeit behandlungsrelevanter, medizinischer Standards und Richtlinien wurde das konzerneigene Dokumentenlenkssystem Signavio neu strukturiert und dadurch optimiert. Mitarbeitende wurden im Rahmen von Workshops und Schulungen befähigt, fachbereichsspezifische Dokumente gemäss einer verbindlichen Nomenklatur neu zu ordnen und damit die Auffindbarkeit im System zu erhöhen. Das damit verbundene erworbene Wissen hat einen direkten Beitrag auf die Patientensicherheit.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Re-Zertifizierung DIN ISO 9001:2015

Vorbereitung auf die Re-Zertifizierung der Versorgungsregion Ostschweiz (Klinik Stephanshorn, St. Gallen und Klinik Am Rosenberg, Heiden) gemäss DIN ISO 9001:2015.

## 19 Schlusswort und Ausblick

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

Im Jahr 2023 wird das Schwerpunktthema die Anpassung des Organisationsdesigns der Hirslanden Gruppe auf die Versorgungsregion Ostschweiz sein sowie die Optimierung der Prozesse entlang des Patientenpfads.

Auf diese, wie aber auch weitere Herausforderungen, sind wir gespannt und freuen uns, stets Projekte und Ideen angehen zu können, um die Qualität in den Kliniken weiterhin auf hohem Niveau halten zu können.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

### Akutsomatik

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

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

## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ 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).