



ERGOLZ KLINIK

# Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

30.05.2023  
Corinne Schreyvogel, Klinikdirektorin

Version 4

**Ergolz Klinik**

[www.ergolz-klinik.ch](http://www.ergolz-klinik.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  
Corinne Schreyvogel  
Klinikdirektorin  
061 906 92 92  
[c.schreyvogel@ergolz-klinik.ch](mailto:c.schreyvogel@ergolz-klinik.ch)

## 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 .....	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 kantonale vorgegebenen Messungen .....	9
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	14
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren .....	
4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs) .....	14
4.5 Registerübersicht .....	15
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 Eigene Befragung .....	18
5.2.1 Eigene Befragung Patientenzufriedenheit .....	18
5.3 Beschwerdemanagement .....	18
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>20</b>
7.1 Eigene Befragung .....	20
7.1.1 Einzelgespräche .....	20
7.1.2 MAG Umfrage Pflege .....	21
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>22</b>
8.1 Eigene Befragung .....	22
8.1.1 Zufriedenheit Belegarztstätigkeit .....	22
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>23</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>23</b>
9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen .....	23
<b>10 Operationen</b> .....	<b>24</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	24
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>26</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	26
<b>12 Stürze</b> .....	<b>29</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	29
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>31</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	31
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> .....	
Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	

<b>16</b>	<b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit .....</b>	<b>33</b>
16.1	Eigene Messung .....	33
16.1.1	PROMS .....	33
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung .....</b>	<b>34</b>
17.1	Weitere eigene Messung .....	34
17.1.1	Fragenbogen Patientenzufriedenheit .....	34
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>35</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	35
18.1.1	REKOLE Zertifizierung.....	35
18.1.2	Neu implementierte MAG Umfrage Abteilung Pflege.....	35
18.1.3	Aufbau eines Qualitätsmanagementsystem.....	35
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022 .....	35
18.2.1	Internes Wissensmanagement.....	35
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	35
18.3.1	REKOLE Zertifizierung.....	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>38</b>

## 1 Einleitung

Seit über 25 Jahren ist die Ergolz Klinik als Belegarztspital im Dienste ihrer Patientinnen und Patienten tätig. 2012 wurde sie fester Bestandteil der kantonalen Spitalplanung und steht heute allen Versicherungsklassen, sowohl für die ambulante wie auch die stationäre Spitalversorgung offen.

Das initiale Spektrum der Fachgebiete ORL, Urologie und Ästhetische-Chirurgie konnte bald mit den Fächern Orthopädie, Gynäkologie, Viszeral – Gefäss- und Kinderchirurgie erweitert werden.

Im Rahmen der allgemeinen Grundversicherung erhalten alle Patienten für die von uns angebotenen medizinischen und chirurgischen Leistungen eine volle Kostendeckung seitens ihrer Krankenkassen.

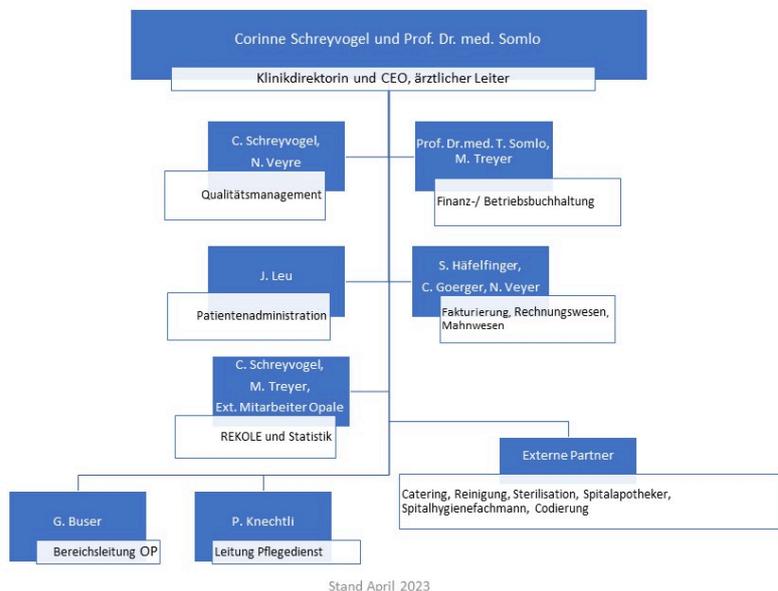
Bis heute ist die Ergolz Klinik ein Belegarzt-Spital mit freier Arztwahl. Alle an der Ergolz Klinik tätigen Ärzte führen eine unabhängige Privatpraxis, entweder in unserem hauseigenen Praxiszentrum oder ausserhalb der Ergolz Klinik. Bei uns sind ausschliesslich Fachärzte mit grosser operativer und medizinischer Erfahrung tätig und behandeln ihre Patienten persönlich und individuell. Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass neben der medizinischen Behandlung auch viele andere Faktoren zur raschen Genesung beitragen. So bieten wir allen Patientinnen und Patienten höchsten Komfort, Sicherheit und eine bestmögliche pflegerische Betreuung und kulinarische Verpflegung.

Die Ergolz Klinik und ihr Team setzt alles daran, dass sich die Patienten und Patientinnen medizinisch, pflegerisch und menschlich bestens aufgehoben fühlen.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement wird direkt durch die Geschäftsleitung geführt

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **50** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Corinne Schreyvogel  
Klinikdirektorin  
061 906 92 92  
[c.schreyvogel@ergolz-klinik.ch](mailto:c.schreyvogel@ergolz-klinik.ch)

Frau Natalie Veyre  
Mitarbeiterin Qualitätsmanagement  
061 906 92 90  
[n.veyre.ergolz-klinik@hin.ch](mailto:n.veyre.ergolz-klinik@hin.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### Unsere Qualitätskultur

„Qualität beginnt beim Menschen, nicht bei den Dingen.“ Die Ergolz Klinik ist überzeugt, dass das Zusammenspiel von hoher Mitarbeiterzufriedenheit, kontinuierlicher Weiterbildung kombiniert mit standardisierten Prozessen und kontinuierlicher Kontrolle zur besten Qualität führt. Unsere Vision „Besser zu sein als die Anderen - zum Wohle unserer Patienten“ versuchen wir durch stetige Weiterentwicklung und kontinuierliche Verbesserung unserer Leistungen zu erreichen.

Die Erreichung von hoher medizinischer Qualität, Sicherheit und Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie aller Beteiligten hat für die Ergolz Klinik oberste Priorität. Für die kontinuierliche Verbesserung werden unsere Prozesse laufend kontrolliert und beurteilt. Die Ergolz Klinik beteiligt sich an sämtlichen Messungen, die der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) koordiniert.

„Qualität ist kein Zufall; sie ist immer das Ergebnis angestrebten Denkens“(John Ruskin)

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

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

1. Vorbereitung REKOLE Zertifizierung: Anpassung der Prozesse, Schulung der Mitarbeiterinnen
2. Aufbau eines digitalen Qualitätsmanagementsystem (QMS)
3. Implementierung neuer Prozess / Standard Mitarbeitergespräch (MAG) bei der Abteilung Pflege

#### **3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022**

Erreichte Ziele 2022:

1. Vorbereitung REKOLE Zertifizierung: Das Personal der Verwaltung wurde intern und extern geschult zum Thema REKOLE. Die Prozesse wurden adaptiert und ein monatlichen Monitoring mit externen Beratern implementiert. Im September erfolgte die erste Prüfung der REKOLE Zertifizierung mit dem externen Prüfer. Die noch anzupassenden Prozesse wurden definiert und die REKOLE Zertifizierung auf Mai 2023 festgelegt.
2. Aufbau eines digitalen Qualitätsmanagementsystem (QMS)
3. Implementierung neuer Prozess / Standard Mitarbeitergespräch (MAG) ber der Abteilung Pflege
4. Evaluation und Weiterführung der PROMs Messungen: PROMs ist eingeführt und wird bei der Patientengruppe der Schilddrüsenchirurgie und Schilddrüsennebenchirurgie seit September 2021 angewendet, durchgeführt und dokumentiert. Im Herbst 2022 wurde die Patientengruppe mit Vertreter von VGD und GD diskutiert und aufgrund des Patientenklintel wird an der Patientengruppe und dem standardisierten Verfahren festgehalten.

#### **3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren**

1. REKOLE Zertifizierung im 2023
2. Integration der Spitalapotheke im QMS und Schulung der Mitarbeiter betreffend neuer Prozesse von Swiss Medic
3. Spitalhygiene und Infektionsprävention: Evaluation, ggf. Weiterentwicklung der bestehenden Richtlinien und Konzepte zur Erfüllung der Mindestanforderung von Swissnoso

## 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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> <li>▪ Nationale Auswertung Rehospitalisationen</li> <li>▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> <li>▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)</li> </ul>

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prävalenzmessung Sturz- und Dekubitus</li> <li>▪ Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen</li> <li>▪ Nationale Patientenzufriedenheit</li> <li>▪ Postoperative Wundinfektionen SwissNOSO</li> <li>▪ PROMs</li> <li>▪ Implantatregister Hüft und Knie (SIRIS)</li> </ul>

### 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>
▪ Eigene Befragung Patientenzufriedenheit
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Einzelgespräche
▪ MAG Umfrage Pflege
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zufriedenheit Belegarztstätigkeit
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</i>
▪ PROMS
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Fragebogen Patientenzufriedenheit

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

##### REKOLE

<b>Ziel</b>	REKOLE Zertifizierung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Administration, Buchhaltung und Geschäftsleitung
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	April 2022 - Mai 2023
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Zertifizierung wird seitens Kanton gefordert
<b>Methodik</b>	Zertifizierung durch externe Prüfungsstelle (PwC) nach Vorgaben von H+
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Administration, Buchhaltung und Geschäftsleitung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erstzertifizierung Mai 2023, Re-Zertifizierung alle 4 Jahre

##### Aufbau Qualitätsmanagementsystem (QMS)

<b>Ziel</b>	Ein Steuerungssystem für ein geplantes und systematisches Vorgehen zur Erhaltung und Verbesserung der Qualität und Vermeidung von Fehlern.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Qualitätsmanagement, Pflege, OP, Geschäftsleitung
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	1.1.22 - 12.12.23
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Qualitätsziele und insbesondere Unterstützungsprozesse orientieren sich an dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess, welcher durch den Aufbau eines neues QMS gelenkt werden kann. Dokumentenlenkung neu zentral über QMS zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten.
<b>Methodik</b>	Es besteht aus den Prozessen Führung, Wertschöpfung und Unterstützung und aller Qualitätsaktivitäten , Richtlinien und Dokumenten sind zentral hinterlegt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Qualitätsmanagement, Pflege, OP, Geschäftsleitung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Evaluation quartalsweise

## Einführung PROMs

<b>Ziel</b>	Evaluierung und Verbesserung der Lebensqualität der Patienten
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Postoperative Patientenbetreuung
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	August 2021, laufend
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Körperliche und psychische Gesundheit nach einer erfolgten Operation evaluieren und ggf. Verbesserungsprozess initiieren
<b>Methodik</b>	Fragebogen SF 12
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Belegarzt, Patientenadministration
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	laufend

## Neuer Ablauf MAG Pflege

<b>Ziel</b>	Jährliche Evaluation der Mitarbeiterzufriedenheit und Verbesserung der Qualität durch definierte Ziele
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Pflege
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	1.1.2022, jährlich
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Standardisierter MAG Fragebogen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährlich

## Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

## Internes Wissensmanagement

<b>Ziel</b>	Kontinuierliche Wissenserweiterung durch externe und interne Weiterbildung
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Pflege, OP, Qualitätsmanagement
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	1.1.2021, laufend
<b>Begründung</b>	Wissenserweiterung, Wissensvermittlung und Wissensweitergabe sind wichtige Pfeiler des Qualitätsmanagement
<b>Methodik</b>	Standardisierter Ablauf, jährliche interne Weiterbildungsprogramme
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege, OP, Qualitätsmanagement
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Halbjährlich

## Wiederholungskurs Reanimationskurs

<b>Ziel</b>	Sicherheit im Umgang mit dem Defibrillator
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Pflege
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	geplant alle 2 Jahre, nächste Durchführung 2023
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Vorhandenes Wissen auffrischen und erweitern
<b>Methodik</b>	Externe Weiterbildung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege und Verwaltung und OP

## Zusammenarbeit mit der zertifizierten Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte des Kantonsspital Baselland

<b>Ziel</b>	Aufbereitung der Medizinprodukte der Ergolz Klinik durch die zertifizierte Einheit des KSBL
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	OP
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Ab Oktober 2020, laufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
<b>Begründung</b>	Gewährleistung der zertifizierten Aufbereitung der Medizinprodukte
<b>Methodik</b>	Op-Instrumente werden extern durch das AEMP KSBL aufbereitet
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Klinikleitung, Personal OP
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Vertrag mit AEMP KSBL

## Interne Qualitätskontrolle: Accu Check, Coagu Check, Afinion, Lumiratek, LumiraDx

<b>Ziel</b>	Sicherstellung des Qualitätsmanagement Labor
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Labor
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Ab 01.01.2020, laufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Korrekte Durchführung der Qualitätskontrolle und Interpretation der Qualitätskontrolle - Resultate
<b>Methodik</b>	Externe Schulung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege und Leitung Pflegedienst
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Evaluation alle 2 Wochen

## Vertragliche Zusammenarbeit mit St. Claraspital

<b>Ziel</b>	Gemeinsame Tumorkolloquien zur integrierten Behandlung von Patienten mit malignen Tumoren
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamtheitliche Versorgung der Patienten mit malignen Tumoren
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	ab März 2019
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
<b>Begründung</b>	Integrierte Behandlung und Nachbehandlung von Patienten (Chirurgie, Strahlentherapie und medizinische Onkologie)
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Klinikleiter, Belegärzte, Pflege
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Kooperationsvertrag zwischen St. Clara Spital und Ergolz Klinik

### 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 2017 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.

### 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
Schilddrüsenchirurgie und Schilddrüsennebenchirurgie	HNO, Chirurgie		SF12	08/2021	

## 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>	August 2021

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
<b>KRBB</b> Krebsregister beider Basel (Basel-Stadt und Basel-Landschaft)	Alle	<a href="http://www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/organisation/bewilligungen-und-support/krebsregister.html">www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/organisation/bewilligungen-und-support/krebsregister.html</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
Zertifikat externe Qualitätskontrollen entspricht Norm ISO / CEI 17043 und QUALAB Vorgaben	Pflege	2014	2022	

# **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>Ergolz Klinik</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.50	4.39	4.40	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.71	4.56	4.70	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.78	4.75	4.70	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.81	4.42	4.30	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.25	4.28	4.20	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	100.00 %	85.70 %	89.50 %	– %
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/).

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 (≥ 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 Eigene Befragung Patientenzufriedenheit

Den Patienten steht ein Fragebogen zur Verfügung, welchen sie während ihres Aufenthaltes ausfüllen können. Die Beurteilungskriterien betreffen die Qualität und Betreuung der Pflege, die ärztliche Betreuung, die Leistungen der Hotellerie, die Administration sowie die Zimmerausstattung. Ebenso ist eine Gesamtbeurteilung möglich und die Patienten können Verbesserungsvorschläge dokumentieren.

Die Bögen werden persönlich durch die Geschäftsleitung gelesen und die Resultate werden systematisch erfasst.

Problemstellungen werden sofort besprochen und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses angegangen.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.  
Alle Abteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Da die Resultate der Patientenbefragung zur internen Weiterentwicklung und Verbesserung der internen Qualität dient, verzichten wir auf die Veröffentlichung der Resultate.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### Ergolz Klinik

Ombudsstelle

Spitäler Norwestschweiz

061 269 8058

[kontakt@ombudsstelle-spitaeler.ch](mailto:kontakt@ombudsstelle-spitaeler.ch)

Die Ergolz-Klinik ist Mitglied des VNS und deren Ombudsstelle angeschlossen. Zudem hat die Klinik noch ein internes Beschwerdemanagement.



## 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 Einzelgespräche

In regelmässigen Abständen finden Teamsitzungen statt um Probleme zu eruieren und direkt anzugehen. Zusätzlich wurden im 2021 eine neue Mitarbeiterzufriedenheitsumfrage durchgeführt mit allen Mitarbeiter\*innen. Die Resultate wurden transparent publiziert und in den Teamsitzungen besprochen. Verbesserungsmassnahmen wurden definiert und durchgeführt. Wie Mitarbeiterzufriedenheitumfrage wird in allen Abteilungen durchgeführt und alle 2 Jahre durchgeführt (nächster Termin Sommer 2023).

Neu wurde eine betriebsinterne MAG Umfrage für die Abteilung Pflege entwickelt und erstmal im Jahr 2022 durchgeführt.

Für interne Beschwerden stehen als direkte Ansprechpersonen jederzeit für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung:

- Corinne Schreyvogel, Klinikdirektorin
- Priscilla Knechtli, Leitung Pflegedienst
- Prof. Dr. med. Tibor Somlo, CEO

Zusätzlich hat die Ergolz Klinik ein internes Beschwerdemanagement, welches den Mitarbeitern bekannt ist und im QMS hinterlegt ist.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.  
Alle Abteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Hierbei handelt es sich um interne Befragungen, die zur Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit und zur Verbesserung der Behandlungsqualität dient.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

### 7.1.2 MAG Umfrage Pflege

Ziel der neu entwickelten Mitarbeiterumfrage für die Abteilung Pflege ist das jährliche Erfassen des Wohlbefinden am Arbeitsplatz, die Teamkultur, die Rolle der Vorgesetzten und die Weiterbildungsziele der einzelnen Mitarbeiter\*innen. Ziel der standardisierten Gesprächen ist die Verbesserung der Unternehmenskultur um die Fluktuation der Pflege zu reduzieren.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat Juni durchgeführt.  
Pflege

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Aufgrund der kleinen Anzahl an Mitarbeiter/innen verzichten wir auf eine Publikation um die Anonymität zu gewährleisten.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 8 Zuweiserzufriedenheit

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

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Zufriedenheit Belegarztstätigkeit

In regelmässigen Gesprächen mit allen Belegärzten und Belegärztinnen wird die Zufriedenheit der Belegarztstätigkeit erfasst. Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge sind laufend in Bearbeitung.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.  
Die Befragung wurde mündlich mit den Belegärzten durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse sind wichtig, um die Zufriedenheit der Belegärzte in unserer Klinik zu verbessern. Die Daten sind deshalb nur für den internen Gebrauch und müssen vertraulich behandelt werden.

#### 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>Ergolz Klinik</b>				
Verhältnis der Raten*	0.8	0.97	1.4	–
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

Keine Anmerkung

#### 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>Ergolz Klinik</b>				
Primäre Hüfttotalprothesen	0	0.00%	0.00%	0.00%
Primäre Knieprothesen	0	0.00%	0.00%	0.00%

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/).

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

Da wir erst seit August 2021 beim Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS) angemeldet sind, können wir noch keine Zahlen publizieren.

#### 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, 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:

- Gebärmutterentfernungen (vaginal)
- 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>Ergolz Klinik</b>						
Gebärmutterentfernungen (vaginal)	2	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 60.20%)

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>Ergolz Klinik</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenkprothesen	9	0	-	-	-	0.00% (0.00% - 33.60%)
Erstimplantationen von Kniegelenkprothesen	8	1	-	-	-	12.50% (0.30% - 52.70%)

\* 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>Ergolz Klinik</b>			
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	0	0
In Prozent	0.00%	0.00%	0.00%
Residuum* (CI** = 95%)	0 (-0.44 - 0.44)	0 (-0.54 - 0.54)	0
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	5	Anteil in Prozent (Antwortrate)	71.50%

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

## 13 Dekubitus

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

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die 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>Ergolz Klinik</b>					
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0 (-0.31 - 0.31)	0 (-0.31 - 0.31)	0	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	5	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		71.50%	

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

## 16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit

### 16.1 Eigene Messung

#### 16.1.1 PROMS

Patient-reported outcome measures (PROMS) liefern Informationen zum Gesundheitszustand und zu den Auswirkungen einer Intervention/Behandlung aus Sicht einer Patientin oder eines Patienten. PROMs fördern die patientenorientierte Behandlung, die Kommunikation zwischen Patient und Arzt sowie das Patientenmanagement (Monitoring und Anpassung des Behandlungsverlaufs, Erkennung von unerkannten Krankheiten etc.). PROMs erlauben, Rückschlüsse auf den medizinischen Nutzen, die Indikationsstellung und die psychische Gesundheit zu ziehen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Patientenadministration und Belegarztpraxis

Die Messungen werden bei der Patientengruppe der Leistungsgruppe HNO 2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie durchgeführt mit dem standardisierten Messinstrument SF-12

Die Resultate der durchgeführten Messinstrumente (standardisierter Fragebogen SF-12) zeigen, dass sich die körperliche Gesundheit innerhalb der ersten 4 Wochen postoperativ signifikant verbessert und gleichzeitig die psychischen Probleme deutlich abgenommen haben. Die befragten Patienten waren 4 Wochen postoperativ selten bis nicht mehr eingeschränkt in ihrer körperlichen und /oder psychischen Gesundheit.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Fragebogen Patientenzufriedenheit

Wie im Kapitel 4 detailliert beschrieben führen wir eine eigene Messung zur Patientenzufriedenheit durch. Alle Ergebnisse werden systematisch erfasst und direkt mit den betroffenen Abteilungen bearbeitet. Die Auswertung des Fragebogens sind in dem KVP integriert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.  
Alle Abteilungen sind über die Resultate ihrer Abteilung informiert.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Da es sich um Rückmeldungen handelt, welche die internen Abläufe und Behandlungen betreffen, verzichten wir auf die Publikation.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

#### Bemerkungen

Die Zufriedenheit der Patienten ist in allen Bereichen (Aufnahme, Arzt, Pflege, Hotellerie, Austritt) seit einigen Jahren konstant hoch, die Qualität und Betreuung durch die Ärzte und Pflegeabteilung wird sehr gut bewertet.

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 REKOLE Zertifizierung

Ziel der REKOLE Erstzertifizierung ist das Jahr 2023. Dafür wurde im Jahr 2022 die Prozesse der Leistungserfassung, Kostenstruktur und der Patientenadministration überarbeitet und mit einer neuen Software parametrisiert. Es wurde im Verlauf des Jahres 2022 mehrere interne und externe Schulungen aller involvierten Mitarbeiterinnen durchgeführt und das Wissen konnte intern aufgebaut werden. Im September erfolgte der Pre-Check durch die externe Prüfstelle, welche die Klinik erfolgreich bestand. Kosten- und Leistungsermittlungsprozesse sind einheitlich gegliedert und folgen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben den Regeln der Betriebswirtschaftspraxis. Erstzertifizierung für das Jahr 2022 ist terminiert auf den Mai 2023.

#### 18.1.2 Neu implementierte MAG Umfrage Abteilung Pflege

Eine neue Mitarbeiterumfrage für die Abteilung Pflege wurde innerhalb des Leitungsteam und der Geschäftsleitung entwickelt. Der Fragebogen orientiert sich an standardisierten MAG-Vorlagen. Schwerpunkt ist, die Zufriedenheit der Mitarbeitenden zu erfassen und den Bedarf an Weiterentwicklung / persönliche Ziele zu eruieren. Die MAG wurden im Juni 2022 durch die Leitung Pflege durchgeführt und evaluiert. Die Rückmeldungen wurden mit der Leitung Qualitätsmanagement und der Geschäftsleitung besprochen und je nach Bedarf in den KVP integriert und konkrete Massnahmen wurden umgesetzt.

#### 18.1.3 Aufbau eines Qualitätsmanagementsystem

Ein wichtiges Projekt für die Abteilung Qualitätsmanagement und die Geschäftsleitung ist der Aufbau eines Qualitätsmanagementsystem (QMS). Schwerpunkt ist die Abbildung, Sicherung und Verbesserung der Qualität insbesondere der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit. Die Sicherheit der Patienten und Patientinnen haben oberste Priorität und stehen im Zentrum des Qualitätsmanagementsystem der Ergolz Klinik. Es fanden mehrere Weiterbildungen statt und beim Aufbau der Prozesse und der Dokumentenlenkungen wurde das gesamte Leitungsteam involviert. Schwerpunkt im Jahr 2022 waren die Unterstützungsprozesse und Führungsprozesse, welche grösstenteils implementiert sind. Die Prozesse des Wertschöpfungsbereiches werden im Jahre 2023 evaluiert und ins QMS integriert.

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

#### 18.2.1 Internes Wissensmanagement

In den letzten Jahre wurde in der Ergolz Klinik ein internes Wissensmanagement aufgebaut. Es umfasst die strategische und operativen Aktivitäten um das interne Wissen bestmöglich zu nutzen und externes Wissen anhand von definierten fachlichen Zielen zu erwerben und innerhalb der Organisation zu verbreiten. Das Wissensmanagement ist erfolgreich aufgebaut und ist implementiert. Das Projekt kann erfolgreich abgeschlossen werden, da es in den Prozessen gut verankert ist.

### 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

#### 18.3.1 REKOLE Zertifizierung

Siehe Kapitel 18. Projekte im Detail. Die Erstzertifizierung ist terminiert auf den Mai 2023

## 19 Schlusswort und Ausblick

Unsere tägliche Motivation ist den Patienten und Patientinnen aus der Region freie Arzt- und Spitalwahl zu ermöglichen und dabei Medizin der höchsten Qualität anzubieten.

Dank unseren Leistungsaufträgen und dem Belegarzt- System profitieren unsere Patienten von einer kontinuierlichen Betreuung vor, während und nach der Operation durch (s)einen persönlichen Arzt.

Unser Ziel ist es durch spezialisiertes Wissen, permanente Weiterbildung, Digitalisierung und Qualitätssicherung weiterhin komplexe, hochstehende und individuelle Medizin anzubieten.

Im Fokus der nächsten Jahren steht, dass wir weiterhin beste Medizin in einem persönlichen Umfeld anbieten und dank unserer Effizienz ein attraktiver Partner für den Patienten, Prämienzahler und Versicherer sind.

## 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)
<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>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
<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).