Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am: 29.04.2024

Durch: Andrea Rytz, Direktorin, CEO

Version 1

Schulthess Klinik

www.schulthess-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 2023.

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 sind im Inhaltsverzeichnis 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.

Die Risikoadjustierung oder Risikobereinigung ist ein statistisches Verfahren, um Qualitätsindikatoren für Unterschiede im Patientengut der Spitäler (z.B. im Case Mix und Behandlungsangebot) zu korrigieren. Um Spitäler trotz solcher Unterschiede ihrer Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer erbrachten Qualität schweizweit vergleichen zu können, müssen die Indikatoren für bestimmte Patientenrisikofaktoren adjustiert werden.

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 2023

Herr
Hans-Jürgen Pflaum
Abteilungsleitung Qualitätsmanagement
044 385 79 29
Hans-Juergen.Pflaum@kws.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. Die H+ Qualitätsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten; die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf spitalinfo.ch dargestellt werden können.

Die Herausforderungen für die Spitäler und Kliniken haben erneut zugenommen: Personalmangel, Teuerung und nicht-kostendeckende Tarife verschärfen die Situation weiter.
Viele Spitäler und Kliniken müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

In einigen Spitälern und Kliniken laufen bereits erste, interne Vorbereitungen an, für die Umsetzung des Qualitätsvertrags nach Art. 58a. Dieser wird voraussichtlich 2024 in Kraft treten. Wir freuen uns, dass die Spitäler und Kliniken die ersten Leistungserbringer sind, welche diese gesetzliche Vorgabe erfüllen und einen Qualitätsvertrag ausarbeiten konnten.

Der Qualitätsbericht 2023 ist optimiert aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Zudem werden im aktuellen Qualitätsbericht erstmals die Ergebnisse der Rehospitalisationen mit der neuen Methode ausgewiesen. Diese Ergebnisse wurden basierend auf den BFS-Daten 2021 ausgewertet, mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken weiterhin die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Das Ausfüllen und die Ausgabe wurden zusätzlich optimiert.

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.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt.
Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum **2**

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen **3**

1 Einleitung **6**

2 Organisation des Qualitätsmanagements **7**
2.1 Organigramm 7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 7

3 Qualitätsstrategie **8**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023 8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023 8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 8

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten **9**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen 9
4.2 Durchführung von kantonal 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 16

QUALITÄTSMESSUNGEN **17**

Zufriedenheitsbefragungen **18**

5 Patientenzufriedenheit **18**
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik 18
5.2 Beschwerdemanagement 19

6 Angehörigenzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

7 Mitarbeitendenzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

8 Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

Behandlungsqualität **20**

Messungen in der Akutsomatik **20**

9 Wiedereintritte **20**
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen 20

10 Operationen **21**
10.1 Hüft- und Knieprothetik 21

11 Infektionen **22**
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte 22
11.2 Eigene Messung 24
11.2.1 Kontinuierliche interne Infekterfassung 24

12 Stürze **25**
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz 25
12.2 Eigene Messung 26
12.2.1 Kontinuierliche interne Sturzerfassung 26

13 Dekubitus **27**
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus 27
13.2 Eigene Messungen 28
13.2.1 Kontinuierliche interne Dekubituserfassung 28

Messungen in der Psychiatrie **0**

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.
15 Symptombelastung psychischer Störungen
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.
Messungen in der Rehabilitation ... 0
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.
Weitere Qualitätsaktivitäten ... 29
17 Weitere Qualitätsmessung ... 29
17.1 Weitere eigene Messung ... 29
17.1.1 Kontinuierliche interne Sturzerfassung () ... 29
18 Projekte im Detail ... 30
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte ... 30
18.1.1 Aufrechterhaltung ISO 9001:2015 ... 30
18.1.2 Aufrechterhaltung ISO 14001:2015 ... 30
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023 ... 31
18.2.1 Zentraler Kreditorenworkflow (inkl. Web-Approval) ... 31
18.2.2 Update Spracherkennung - Dragon (Spracherkennungssoftware) ... 31
18.2.3 Umweltnorm ISO 14001:2015 ... 31
18.2.4 EasyLearn (Elektronisches Bildungssystem) ... 32
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte ... 32
18.3.1 Work-Family Balance - Stufe 3 – Professional Standard ... 32
19 Schlusswort und Ausblick ... 33
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot ... 34
Akutsomatik ... 34
Herausgeber ... 35

1 Einleitung

Die erste Adresse für orthopädische Chirurgie, Neurologie, Rheumatologie und Sportmedizin

Die Schulthess Klinik ist eine der führenden orthopädischen Kliniken Europas mit rund 1100 Mitarbeitenden. Als orthopädische Spezialklinik konzentriert sie sich auf anspruchsvolle Behandlungen am Bewegungs- und Stützapparat. Die Schwerpunkte sind chirurgische Orthopädie, spinale Neurochirurgie, Neurologie, Rheumatologie, Manuelle Medizin und Sportmedizin. Die Schulthess Klinik ist Swiss Olympic Medical Center. Ihr oberstes Anliegen ist, Menschen von ihren Schmerzen zu befreien und ihre Mobilität wiederherzustellen. Die Schulthess Klinik ist offen für allgemein- und zusatzversicherte Patientinnen und Patienten.

Die Klinik wurde 1883 gegründet und wird seit 1935 von der Wilhelm Schulthess-Stiftung getragen. Mit ihrer langjährigen Forschungstradition engagiert sie sich dafür, die Behandlungen stetig zu verbessern.

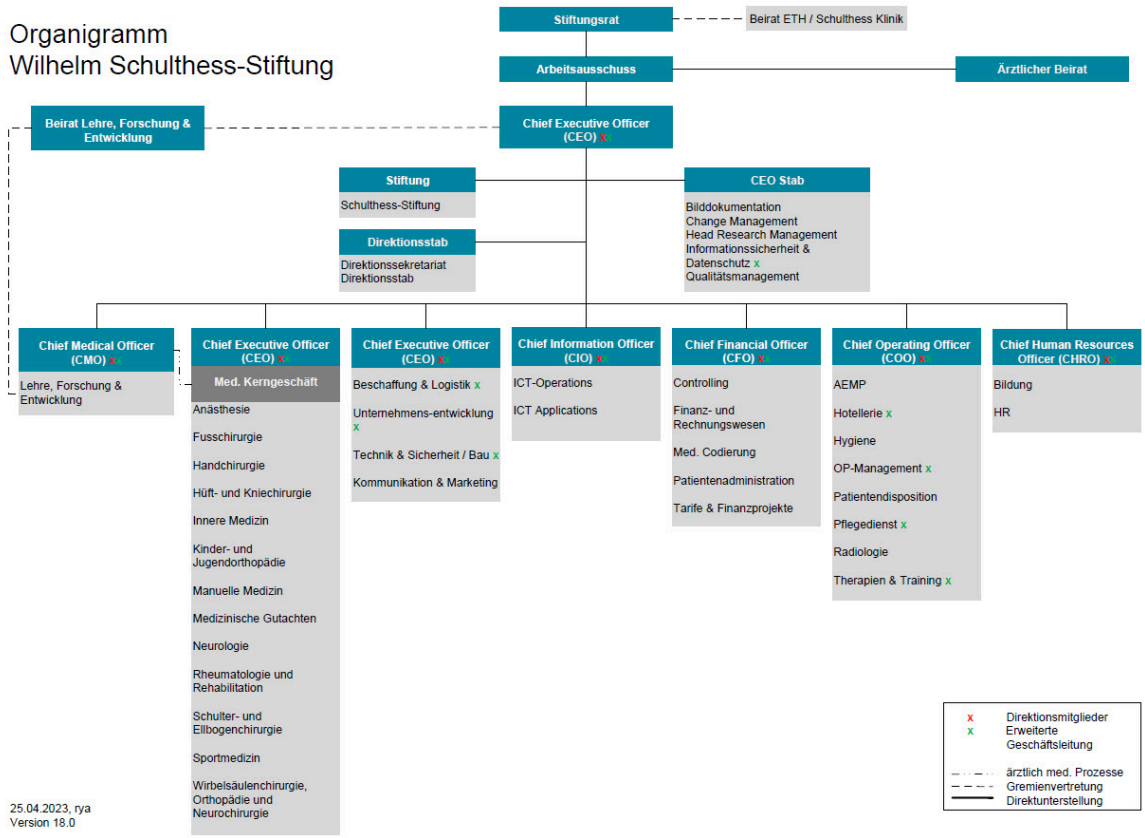
Qualitätsbericht

Unser Qualitätsbericht sowie weitere Informationen zu unserem Qualitätsmanagement sind auf unserer Website www.schulthess-klinik.ch erhältlich.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **130** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Hans-Jürgen Pflaum
Abteilungsleitung Qualitätsmanagement
044 385 79 29
Hans-Juergen.Pflaum@kws.ch

Frau Martina Bürgi-Hawel
COO / Vizedirektorin
044 385 75 30
Martina.Buergi-Hawel@kws.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätspolitik

- Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung unserer strategischen Ziele ausgerichtet.
- Die Schulthess Klinik verfügt über ein klinikübergreifendes Qualitätsmanagementsystem.
- Wir bieten Leistungen mit höchster Qualität und Professionalität
- Für die Schulthess Klinik steht die Kundenorientierung im Zentrum ihres Handelns
- Die kontinuierliche Verbesserung und Optimierung unserer Leistung wird durch das Qualitätsmanagementsystem gewährleistet.
- Die Schulthess Klinik setzt ein umfassendes Risikomanagement um.
- Die Umsetzung der geforderten gesetzlichen Bestimmungen in der Arbeitssicherheit und im Gesundheitsschutz ist gewährleistet
- Die hohe Fachkompetenz unserer Mitarbeitenden wird gezielt gefördert, da sie unser grösstes Gut ist. Damit gewährleisten wir die hohe Qualität unserer Leistungen.

Qualitätsziele

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023

1. Erarbeitung eines Tools zur systematischen Erfassung von Aggression und Gewalt
2. GRiP: Gesunder Rücken in der Pflege
3. Beobachtung Stich- und Schnittverletzungen
4. Weiterführen der Kampagne Alkohol und Drogen am Arbeitsplatz
5. Grippeimpfung, Erhöhung der Impf-Quote
6. Kampagne 2023 von H+ über Ergonomie am Arbeitsplatz

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

1. Die Rezertifizierung nach ISO 9001:2015 wurde erfolgreich durchgeführt und bestanden
2. Die Zertifizierung nach ISO 14001:2015 wurde erfolgreich durchgeführt und bestanden
3. Die Aufrechterhaltung Work-Family Balance 2020 Stufe 1 - Basic Standard wurde erfolgreich durchgeführt und bestanden
4. Zertifizierung Qualitätslabel A-CERT (Anästhesie)

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

1. Einführung einer Patientenbefragung im Peristationären Bereich
2. Aufrechterhaltung der ISO 9001:2015 und 14001:2015
3. Aufrechterhaltung A-CERT
4. Optimierung des Eintrittsmanagements im Peristationären Bereich

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.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
Akutsomatik
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
▪ Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Infektionen
▪ Kontinuierliche interne Infekterfassung
Stürze
▪ Kontinuierliche interne Sturzerfassung
Dekubitus
▪ Kontinuierliche interne Dekubituserfassung

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Hygienekommission

Ziel	Deklaration und Auswertung der Infektraten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Hygiene, Klinikübergreifend
Projekt: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Abteilungsleitung Spitallygiene

Vorschlagswesen «Brainstore»

Ziel	Aktiver Einbezug der Mitarbeitenden
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinikübergreifend
Projekt: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Direktion, Qualitätsmanagement

Interne Prozessaudits

Ziel	Mit dem internen Auditsystem wird sichergestellt, dass die Wirksamkeit des Managementsystems regelmässig überprüft wird. Es wird damit überwacht, ob die im Managementsystem geregelten Verfahren in der Praxis angewandt werden.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Qualitätsmanagement, Klinikübergreifend
Projekt: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Prozessverantwortungen, Kader, Direktion

Interne Audits Strahlenschutz

Ziel	Kritische Zwischenfälle vermeiden
Bereich, in dem das Projekt läuft	Strahlenschutzrelevante Bereiche, Klinikübergreifend
Projekt: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Strahlenschutzbeauftragte Personen, Abteilungsleitung Radiologie

CIRS (Critical Incident Reporting System) Strahlenschutz

Ziel	Erfassung und Auswertung von Strahlenschutzrelevanten Themen in Bezug auf die Patienten - und Mitarbeitersicherheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Strahlenschutz, Klinikübergreifend
Projekt: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Strahlenschutzbeauftragte Personen, Abteilungsleitung Radiologie, Mitarbeitende

CIRS (Critical Incident Reporting System)

Ziel	Kritische Zwischenfälle vermeiden
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinikübergreifend
Projekt: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	CIRS-Bereichsverantwortungen, Qualitätsmanagement

Vigilanz

Ziel	Deklaration und Auswertung der bestehenden Vigilanzen (Pharmakovigilanz, Hämovigilanz inkl. Near Miss, Materiovigilanz, Biovigilanz)
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinikübergreifend
Projekt: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsmanagement, Beschaffung und Logistik

Zwischenfallmeldungen

Ziel	Deklaration und Auswertung der bestehenden Fälle inkl. Massnahmenplanung im Rahmen des KVP
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinikübergreifend
Projekt: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Direktion, Qualitätsmanagement

Meldungen: Datenschutzvorfälle

Ziel	Erfassung von Datenschutzfällen gemäss geltender Datenschutzgesetze
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinikübergreifend
Projekt: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Datenschützer, Mitarbeitende

Kommission für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Ziel	Prävention
Bereich, in dem das Projekt läuft	Sicherheit
Projekt: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Verschiedene: SIBE, Direktion, Mitarbeitervertretung, QM

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 2013 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.

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	**Leistungsbereich**	**Behandlungspfad(e)/Klinik(en)**	**Verwendete Score(s)**	**Seit/Ab**	**Kommentare**
Hüftarthrose	Bewegungsapparat chirurgisch		EQ-5D-5L, MDS		
Kniearthose	Bewegungsapparat chirurgisch		EQ-5D-5L, MDS		

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	kontinuierlich
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	1996
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	2012
SSE Spine Tango Internationales Wirbelsäulenregister der Eurospine - Spine Tango	Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Phys.Med. u. Rehabilitation	Institute for evaulative Research in Medicine www.memcenter.unibe.ch/info	2004

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	**Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet**	**Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment**	**Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment**	**Kommentare**
ISO 9001:2015	Schulthess Klinik	2017	2023	
Work-Family Balance 2020 Stufe 1 - Basic Standard	Schulthess Klinik	2021	2024	
Swiss Olympic Medical Center	Schulthess Klinik	2004	2022	
ISO 14001:2015	Schulthess Klinik	2023	2026	
A-CERT	Schulthess Klinik (Anästhesie)	2023	2026	

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 Patienten-befragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2018	2019	2021	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2023 (CI* = 95%)
Schulthess Klinik				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.39	4.30	4.41	4.47 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.66	4.65	4.70	4.75 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.69	4.63	4.68	4.70 (0.00 - 0.00)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.42	4.29	4.47	4.48 (0.00 - 0.00)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.20	4.10	4.26	4.31 (0.00 - 0.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	90.90 %	89.60 %	92.10 %	90.70 %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				705
Anzahl eingetroffener Fragebogen	431	Rücklauf in Prozent		61 %

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.

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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten
Die Daten, die von ANQ erfasst wurden, zeigen eine erfreuliche Steigerung der Leistung der Schulthess Klinik im Vergleich zur vorherigen Messung. Lediglich die Bewertung der Aufenthaltsdauer fiel im Vergleich zum Jahr 2021 etwas geringer aus. Alle angepassten Werte liegen jedoch über dem Branchendurchschnitt (Bench) (Quelle: Nationaler Vergleichsbericht Patientenzufriedenheit Akutsomatik Erwachsene 2023, Version 1.0.).

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 Patientinnen und Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im April 2023 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.

Schulthess Klinik
Reklamationsmanagement
Hans-Jürgen Pflaum
Abteilungsleitung Qualitätsmanagement
044 385 79 29
hans-juergen.pflaum@kws.ch
Mo-Fr 08.00 - 16.00 Uhr

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen

Ungeplante Rehospitalisationen bezeichnen akute klinische Ereignisse, die eine umgehende Hospitalisation bedingen und als Bestandteil der bisherigen Behandlung nicht zwingend erwartet wurden. Von allen Wiedereintritten, die während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auftreten, werden lediglich ungeplante Wiedereintritte als Qualitätsauffälligkeit gezählt und berücksichtigt. Dabei werden ungeplante Rehospitalisationen stets als Auffälligkeiten angesehen, unabhängig vom genauen Grund des Wiedereintritts. Geplante Rehospitalisationen hingegen werden nicht berücksichtigt.

Seit dem Jahr 2022 (BFS-Datenjahr 2020) verwendet der ANQ den Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) um die ungeplanten Rehospitalisationen während 30 Tagen nach Spitalaufenthalt auszuwerten. Die Unterscheidung zwischen ungeplanten und geplanten Rehospitalisationen erfolgt mittels des Algorithmus. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser dient als Datengrundlage für die Bildung und Auswertung der ungeplanten Rehospitalisationen.

Insgesamt werden 13 Indikatoren ausgewertet, für die transparente Publikation eigenen sich davon jedoch nur die folgenden 6 Indikatoren:

Messergebnisse

Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Die Ergebnisse werden bereits durch den ANQ veröffentlicht. Weiterführende Informationen: https://www.anq.ch/de/

Angaben zur Messung	
Auswertung	Dr. med. Dr. sc. nat. Michael Havranek, Universität Luzern
Methode / Instrument	Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), angepasst auf die Schweizer Codier-Regeln. Die angepasste Version für die Schweiz wurde mittels einer Validierungsstudie geprüft.

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 und www.siris-implant.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:
▪ Primäre Hüfttotalprothesen
▪ Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2017 bis 31.12.2020

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total)	**Rohe 2-Jahres-Revisionsrate %** (n/N)	**Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %**		**Adjustierte Revisionsrate %**
	2017 - 2020	**2017 - 2020**	**2015 - 2018**	**2016 - 2019**	**2017 - 2020**
Schulthess Klinik					
Primäre Hüfttotalprothesen	3251	1.10%	1.20%	1.00%	1.10%
Primäre Knieprothesen	2243	1.50%	1.70%	1.10%	1.50%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2023 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2017 bis Dezember 2020. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2022.

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/.

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 Patientinnen und 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 und www.swissnoso.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)
▪ Wirbelsäulenchirurgie (mit Implantat)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wund-infektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2022/2023	2022/2023	2019/2020	2020/2021	2021/2022	2022/2023
Schulthess Klinik						
Wirbelsäulen-chirurgie (ohne Implantat)	474	5	0.46%	0.50%	0.80%	1.00% (0.10% - 1.90%)

Die Messungen mit und ohne Implantate werden seit der Messung 2021/2022 zeitgleich durchgeführt.

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2022 – 30. September 2023

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wund-infektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2022/2023	2022/2023	2019/2020	2020/2021	2021/2022	2022/2023
Schulthess Klinik						
Wirbelsäulen-chirurgie (mit Implantat)	15	0	-	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Erstimplantation von Hüftgelenks-prothesen	1238	1	0.90%	0.90%	0.70%	0.10% (0.00% - 0.30%)
Erstimplantationen von Kniegelenks-prothesen	951	0	0.30%	0.40%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

11.2 Eigene Messung

11.2.1 Kontinuierliche interne Infekterfassung

Messung: Erfassung aller Frühinfekte (Auftreten des Infektes während des 1. Monats postoperativ) bei stationären Patienten

Ziel: Bei ansteigenden Infektraten ist ein frühzeitiges Intervenieren jederzeit möglich.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden ausschliesslich für interne Verbesserungsmassnahmen genutzt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

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 und 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.

Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023
Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen.
Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung.
Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.

Messergebnisse

	2018	2019	2022	2023
Schulthess Klinik				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	1	0	–
In Prozent	1.00%	0.90%	0.00%	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

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

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patientinnen und Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patientinnen und Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Kontinuierliche interne Sturzerfassung

„Stürze stellen im Spitalbereich aufgrund ihrer Häufigkeit und ihren physischen, psychologischen und sozialen Konsequenzen ein bedeutendes klinisches und ökonomisches Problem dar. Stürze sind als relevante und komplexe klinische Herausforderung, beeinflusst durch vielfältige Ursachen und Faktoren, zu verstehen (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004).

Ziele:

1. Gründe für Stürze analysieren und entsprechende Massnahmen einleiten
2. Sturzereignisse reduzieren

Messung:

Die kontinuierliche Sturzerfassung findet über das interne Meldeportal H-Zwischenfall Sturz statt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.
Die im Sturzkonzept definierten Patientengruppen werden systematisch erfasst.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden ausschliesslich für interne Verbesserungsmassnahmen genutzt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	hausintern
Methode / Instrument	HCIRS Meldeportal

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 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 und 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.

Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023
Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen.
Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung.
Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.

Messergebnisse

	Anzahl Patienten mit Dekubitus	Vorjahreswerte			2023	In Prozent
		2018	2019	2022		
Schulthess Klinik						
Nosokomiale Dekubitus-prävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	6	5	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4	0	3	5	–	–

Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023	–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	–

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

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/.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patientinnen und Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patientinnen und Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Kontinuierliche interne Dekubituserfassung

Ziele:
- Gründe für Dekubiti analysieren und entsprechende Massnahmen einleiten
- Dekubiti reduzieren

Messung:
- Kontinuierliche Dekubituserfassung über internes Meldeportal H-Zwischenfall
- Fallzahlen aus der Med. Codierung (neu ab 2017)

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.
Alle Bettenabteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden ausschliesslich für interne Verbesserungsmassnahmen genutzt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	hausintern
Methode / Instrument	Meldeportal H-Zwischenfall Sturz

Weitere Qualitätsaktivitäten

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Kontinuierliche interne Sturzerfassung

Im Risikoassessement, in der Prävention und in der Behandlung von Sturzfolgen nimmt die Pflege eine zentrale Rolle ein. International wird ein Sturzereignis als relevanter Pflege-Qualitätsindikator (Nurse Outcomes) gesehen.

„Stürze stellen im Spitalbereich aufgrund ihrer Häufigkeit und ihren physischen, psychologischen und sozialen Konsequenzen ein bedeutendes klinisches und ökonomisches Problem dar. Stürze sind als relevante und komplexe klinische Herausforderung, beeinflusst durch vielfältige Ursachen und Faktoren, zu verstehen (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004).

In der Schulthess Klinik werden alle in der Klinik vorgefallenen Sturzereignisse im Meldeportal erfasst, evaluiert und dessen Pflegedokumentation überprüft. Zusätzlich nimmt die Klinik an der jährlichen Nationalen Prävalenzmessung Sturz teil.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.
Bettenabteilungen, Physiotherapie, Funktionsdiagnostik, Andere

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden ausschliesslich für interne Verbesserungsmassnahmen genutzt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Aufrechterhaltung ISO 9001:2015

Projektart

- Im Jahr 2024 findet die Aufrechterhaltung im Rahmen der bestehenden Zertifizierung (ISO-Norm 9001:2015) statt.

Ziel

- Verbesserungspotentiale im Unternehmen erfassen und Einhaltung der Vorgaben sicherstellen

Projektablauf

- Das Audit wird von der Firma SQS begleitet

Involvierte Berufsgruppen

- Direktion
- Prozessverantwortliche
- Mitarbeitende

18.1.2 Aufrechterhaltung ISO 14001:2015

Projektart

- Im Jahr 2024 findet die Aufrechterhaltung im Rahmen (ISO-Norm 14001:2015) statt.

Ziel

- Verbesserungspotentiale im Unternehmen erfassen und Einhaltung der Vorgaben sicherstellen
- Umwelt- und Arbeitsschutz sind ein wichtiger Teil des Unternehmensleitbildes in der Schulthess Klinik. Durch die Schaffung und Erhaltung einer sicheren, gesundheits- und leistungsfördernden Arbeitsumgebung sowie durch gelebten Umweltschutz tragen wir zum Fortbestand und nachhaltigen Erfolg unseres Unternehmens bei.

Projektablauf

- Das Audit wird von der Firma SQS begleitet

Involvierte Berufsgruppen

- Direktion
- Prozessverantwortliche
- Mitarbeitende

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

18.2.1 Zentraler Kreditorenworkflow (inkl. Web-Approval)

Projektart
- Implementierung

Projektziel
- Digitaler Rechnungseingang bzw. digitale Verarbeitung aller Rechnungen, mit Berücksichtigung von Bestellabgleich (MAWI); digitale Signierung der Rechnungen (Approval) basierend auf dem KWS-Visumsreglement

Projektablauf
- Anbieter wurde bereits zu einem früheren Zeitpunkt evaluiert (2022); Erarbeitung Testkonzept inkl. Prozessbeschrieb, Aufbau Testumgebung, Workshops zu Document-Capture und Web-Approval; Abnahme Tests, dann gestaffelter Rollout, Lessons-Learned und Projektabschluss

Evaluation
- Projekt läuft noch, daher kann noch kein (endgültiges) Fazit gezogen werden

18.2.2 Update Spracherkennung - Dragon (Spracherkennungssoftware)

Projektart
- Implementierung Update

Projektziel
- Einbindung der neuen Diktierfunktion (Ablösen von OnPrem hin zu Cloud-Service)

Projektablauf
- Evaluiation neuer Lösung (Vorprojektphase), Ablaufplanung, Abklärung Datenschutzbestimmungen, Pilot mit neuer Lösung, einholen Rückmeldungen aus der Testgruppe, Going-Live, Lessons-Learned und Projektabschluss

Evaluation
- Projekt läuft noch, daher kann noch kein (endgültiges) Fazit gezogen werden

18.2.3 Umweltnorm ISO 14001:2015

Projektart
- Implementierung

Projektziel
- Einführung und Zertifizierung

Projektablauf
- Der Zeitplan für das Projekt war sehr eng gesteckt, da die Zertifizierung mit der Re-Zertifizierung zur ISO 9001 erfolgen sollte. Für die speditive Umsetzung wurde auf externe Consultingleistungen zurückgegriffen. Für die Projektumsetzung wurde ein Umweltgremium institutionalisiert, welches in die Betriebsorganisation übergegangen ist.

Evaluation
- Zertifizierung auf Anhieb bestanden, nur zwei Minor Abweichungen

18.2.4 EasyLearn (Elektronisches Bildungssystem)

Projektart

- Einführung

Projektziel

- Einheitlicher Wissensstand aller Mitarbeitenden bezüglich ausgesuchter Ausbildungsinhalte. Entlastung der Vorgesetzten von zeitintensiven ein-zu-eins Einführungen neuer Mitarbeitenden.

Projektablauf

- Aufbau eines Easylearnpanels, ausrollen der Produktionsdokumente und Schulung zur Definition eines Drehbuchs. Prioritätensetzung anhand Strategie, Patientennutzen und Produktivitätssteigerung.

Projektevaluation

- Das Projekt wurde erfolgreich lanciert und wird mittlerweile als Hauptbestandteil des Onboardings genutzt.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Work-Family Balance - Stufe 3 – Professional Standard

Projektart

- Implementierung / Erweiterung der bestehenden Norm

Projektziel

- Ziel ist es, ein familienfreundliches Arbeitsumfeld zu schaffen, das Mitarbeitenden ermöglicht, ihre beruflichen und familiären Verpflichtungen erfolgreich zu vereinbaren. Dadurch sollen die Zufriedenheit und Produktivität gesteigert, die Bindung an das Unternehmen gestärkt und eine gesündere Work-Life-Balance für alle gefördert werden.

Projektablauf

- Die Erweiterung der Stufe 1 wurde von HR in enger Abstimmung mit der Geschäftsleitung entwickelt. Es handelt sich um eine Weiterentwicklung bestehender Familienfreundlichkeitsmassnahmen, basierend auf Mitarbeiterfeedback und einer gründlichen Analyse. Der Implementierungsplan wurde gemeinsam ausgearbeitet, um einen reibungslosen Ablauf sicherzustellen und die definierten Ziele effektiv zu erreichen.

Evaluation

- Projekt läuft noch, daher kann noch kein (endgültiges) Fazit gezogen werden

19 Schlusswort und Ausblick

Seit mehreren Jahren kann die Schulthess Klinik eine beeindruckende Erfolgsbilanz in der Einhaltung höchster Qualitätsstandards im Patientenpfad vorweisen. Die ISO-Zertifizierung 9001:2015 im Herbst 2017 hat diese Exzellenz offiziell anerkannt, und seit mehr als sechs Jahren wird sie erfolgreich bestätigt. Im Jahr 2023 konnten wir erfolgreich die ISO-Norm 14001 integrieren, wodurch wir nicht nur unseren Standard im Qualitätsmanagement, sondern auch im Bereich der Nachhaltigkeit weiter verbessert und entwickelt haben.

Die Klinik engagiert sich aktiv in Lehre, Forschung und Entwicklung durch umfangreiche Investitionen, die zur Förderung innovativer Projekte hochqualifizierter Forschungsteams beitragen. Eine enge Zusammenarbeit mit der ETH Zürich sowie über 60 weiteren nationalen und internationalen Forschungseinrichtungen ermöglicht einen kontinuierlichen Austausch von Wissen und Ideen.

Die Anwendung von Patient-Reported Outcomes (PROs) ist ein herausragendes Merkmal der Schulthess Klinik. Durch umfangreiche Patientenregister und einen engen Dialog mit den Patienten werden kontinuierlich Verbesserungen der Behandlungsmethoden angestrebt, um individuell die bestmögliche und nachhaltigste Versorgung zu gewährleisten. Die Klinik legt dabei besonderen Wert auf die Optimierung der Patientenversorgung in der Schweiz.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: Jahresbericht

Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Wundpatienten
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Spinale Neurochirurgie
Periphere Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Rheumatologie
Rheumatologie

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/

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/

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 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

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

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.