



MERIAN ISELIN

Klinik für Orthopädie  
und Chirurgie

# Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

16.05.2023  
Stephan, Fricker, CEO

Version 1



Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und  
Chirurgie



Akutsomatik

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

## 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  
Birgit Hall  
Leiterin Qualitätsmanagement  
061 305 13 92  
[birgit.hall@merianiselin.ch](mailto:birgit.hall@merianiselin.ch)  
Anwesend: Mo - Do

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

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

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

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

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

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

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

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	15
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	
4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs) .....	15
4.5 Registerübersicht .....	16
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	17
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>18</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>19</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>19</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	19
5.2 Eigene Befragung .....	20
5.2.1 Patientenzufriedenheit .....	20
5.3 Beschwerdemanagement .....	21
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>22</b>
7.1 Eigene Befragung .....	22
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit .....	22
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>23</b>
8.1 Eigene Befragung .....	23
8.1.1 Belegärztezufriedenheit .....	23
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>24</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>24</b>
9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen .....	24
<b>10 Operationen</b> .....	<b>25</b>
10.1 Hüft- und Knieprothetik .....	25
<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> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

<b>16</b>	<b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung</b>	<b>33</b>
17.1	Weitere eigene Messung	33
17.1.1	Stürze	33
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b>	<b>34</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	34
18.1.1	Siehe unter Kapitel 4.4	34
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022	34
18.2.1	Alle Projekte sind aktuell und laufend	34
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	34
18.3.1	Siehe unter Kapitel 4.6	34
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b>	<b>35</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b>		<b>36</b>
	Akutsomatik	36
<b>Herausgeber</b>		<b>38</b>

## 1 Einleitung

**Die Merian Iselin Klinik AG - eine 100% Tochter der Merian Iselin Stiftung - ist das führende Gesundheitszentrum für Orthopädie, Urologie und Chirurgie in der Nordwestschweiz. Als moderne Belegarztklinik mit ca. 120 akkreditierten Fachärzten bieten wir jedem Patienten die freie Arztwahl und somit eine bestmögliche individuelle Behandlung.**

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

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

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

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

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

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

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

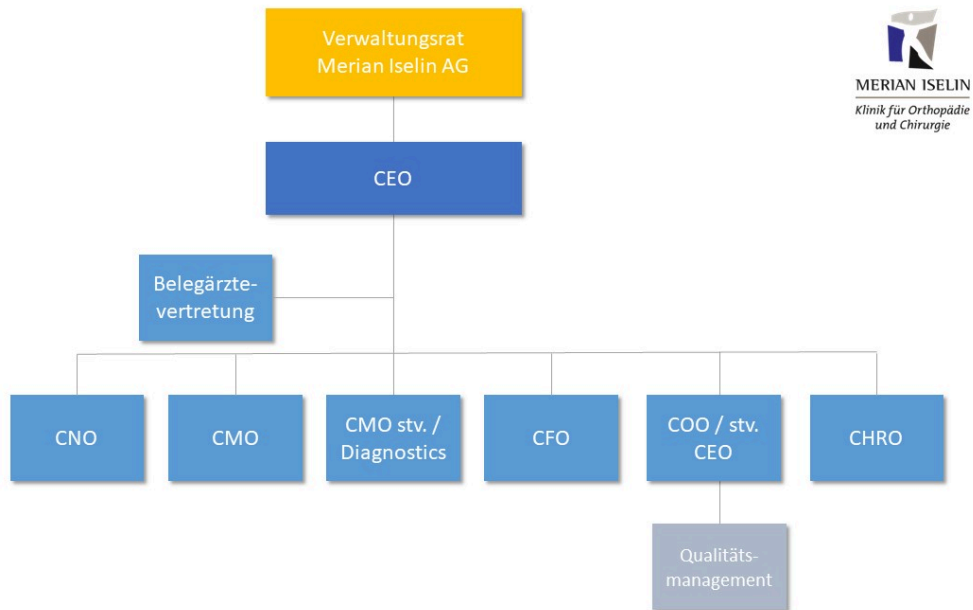
[www.merianiselin.ch](http://www.merianiselin.ch)

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



## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Themen, die im Zusammenhang mit den Qualitätsmanagement stehen, werden in der Geschäftsleitungssitzung der Merian Iselin Klinik (MIK) regelmässig traktandiert. Die Leitung Qualitätsmanagement informiert die Geschäftsleitung über Ergebnisse von internen und externen Audits, Befragungen und Messungen. Im Zusammenhang mit notwendigen Massnahmen zur Qualitätssicherung und/oder -entwicklung, legt die Geschäftsleitung Qualitätssicherungsmassnahmen mit den entsprechenden Ressourcen fest.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **180** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Birgit Hall  
Leiterin Qualitätsmanagement  
061 305 1392  
[birgit.hall@merianiselin.ch](mailto:birgit.hall@merianiselin.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Das Qualitätsmanagement ist ein integraler Bestandteil der strategischen Weiterentwicklung der Merian Iselin Klinik. Die Merian Iselin Klinik ist bestrebt, mit den verfügbaren Ressourcen und unter mitarbeiterbezogenen, ethischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten einen möglichst grossen Nutzen und ein hohes Mass an Qualität für die Patientinnen und Patienten zu generieren. Zur Erreichung der Qualitätsziele tragen wichtige Interessensgruppen wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Belegärztinnen und Belegärzte bei.

In der Merian Iselin Klinik steht der Mensch immer im Mittelpunkt. Aus diesem Grund handeln wir nach den folgenden Grundsätzen:

- **Patienten- und Kundenorientierung**  
Ein Schwerpunkt ist die systematische Arbeit an den festgelegten Prozessen um die Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit stetig zu verbessern. Periodisch werden Befragungen hinsichtlich Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und Belegärztezufriedenheit durchgeführt. Die Ergebnisse geben uns einen Hinweis, wo wir uns verbessern können.
- **Förderung der Mitarbeitenden**  
Die Merian Iselin Klinik nimmt auf die individuellen Fähigkeiten ihrer Mitarbeitenden Rücksicht und fördert gezielt ihre Weiterentwicklung. Ein zentraler Grundsatz besteht darin, dass sich alle Mitarbeitenden in die Leistungserstellung miteinbringen. Zum Erfolg der Klinik tragen die hohe Serviceorientierung, die sorgfältige Aus- und Weiterbildung und das Schulungsangebot bei.
- **Prozessorientierter Ansatz**  
Ein wichtiges Ziel ist die Steigerung der Effizienz und Effektivität durch Standardisierung und Optimierung der Prozesse und Dokumentationen.
- **Fortlaufende Verbesserung**  
Durch den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP), sowie durch das Engagement aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf allen Ebenen und unter Einbezug der Belegärztinnen und Belegärzte, soll die Qualität sämtlicher Dienstleistungen permanent optimiert werden. Dieses Bestreben steht im Einklang mit der Strategie der Klinik bzw. der Trägerin Merian Iselin Stiftung und der Norm ISO 9001:2015.

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

- **Komplettsanierung zweier OP-Säle**  
Vom Boden, Wandsystem und bis zur Decke wurde alles runderneuert. Die OP Säle wurden im Zuge der Erneuerung mit dem integrierten OP-System Tegriss ausgestattet, welches Video-Routing, Kommunikation, Daten- und Gerätemanagement in einer einzigen Benutzeroberfläche vereint. An den Sanierungen waren über 10 Firmen beteiligt, die Hand in Hand innerhalb eines relativ kurzen Zeitfensters zusammengearbeitet haben.
- **Einführung der App "heyPatient"**  
Die Patienten-App "heyPatient" begleitet die Patientinnen und Patienten digital durch ihren Behandlungsprozess. Mit der App können sämtliche Formalitäten papierlos erledigt werden und Patientinnen und Patienten erhalten eine Übersicht über Termine und notwendige To do's, wie beispielsweise das Ausfüllen von Formularen oder die Organisation der Nachversorgung. In Zeiten zunehmender digitaler Vernetzung setzt die Merian Iselin Klinik mit der heyPatient-App auf eine Plattform - statt eine Insellösung. Das bringt unseren Patientinnen und Patienten den Vorteil, dass sie die App nicht nur in der Merian Iselin Klinik, sondern auch bei anderen Leistungserbringern nutzen können, indem sie sich mit dem entsprechenden Partner auf der App verbinden.



- **Kampagne «G sund im Merian»**

Die Merian Iselin Klinik fördert die Fitness und das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit attraktiven Rabatten auf Abonnemente im hauseigenen Trainingszentrum, sowie weiteren speziellen Angeboten in den Bereichen Sport, Ernährung und Gesundheit. Dank der Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Human Resources, Merian Santé, Küche, Restaurant und auch der Klinikleitung können interessante Angebote zur Gesundheitsförderung umgesetzt werden.

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022

- **Weiterentwicklung PROMs mit Sublimd**

Die Merian Iselin Klinik arbeitet seit 2022 neu mit der Software-Plattform Sublimd zusammen. Sublimd ist eine mehrfach ausgezeichnete Software-Plattform für Digital Health. Mit dieser Plattform werden die PROMs erfasst und ausgewertet. Die Merian Iselin Klinik hat den Fragebogen EQ-5D-5L für Hüft- und Knieprothesen im Einsatz.

- **Überwachungsaudit ISO 9001:2015**

Im August 2022 hat ein Überwachungsaudit durch die Zertifizierungsstelle Tüv Süd stattgefunden. Die Zertifizierungsstelle bescheinigt der Merian Iselin Klinik weiterhin ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem, Verbesserungsmöglichkeiten werden aufgegriffen und umgesetzt.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Allen Patientinnen und Patienten das gleiche hohe Mass an Qualität zu sichern, ist das oberste Ziel der Merian Iselin Klinik. Die Leistungen der Merian Iselin Klinik wird durch zahlreiche Maßnahmen der Eigen- und Fremdkontrolle überprüft. Zentral für die Leistungserbringung und den Erfolg sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie arbeiten direkt mit und für den Patienten. Der emphatische Kontakt und die Kommunikation gegenüber Patientinnen und Patienten sind entscheidend für die Güte der Ergebnisse. All dies sichert die optimale und reibungslose Versorgung auf einem hohen garantierten Qualitätsniveau.

Qualitätsziele in den kommenden Jahren sind unter anderem:

- Weiterentwicklung der bestehenden PROMs und Einführung eines weiteren PROM
- Überarbeitung Patientenbefragung
- Implementierung Risikomanagement
- Pflegequalitätsentwicklung Konzept 2023-2025: Umsetzung Roadmap
- Ambulantes Operationszentrum ist etabliert
- OP 2030: Konzept mit Prozess und Logistik-Elementen ist erstellt und genehmigt
- Skills Lab: Ausbildungs-/Trainingseinheit für Mitarbeitende und Studenten ist aufgebaut und in Betrieb
- Digitalisierung der ganzen Logistik ist realisiert

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

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

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Patientenzufriedenheit</li></ul>

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Stürze</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

##### Vorprojekt OP-Umbau 2030

<b>Ziel</b>	Abklärungen und Analysen für eine zukünftige bedarfsgerechte OP Planung.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Logistik, Bau und Infrastruktur, IT
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	01.05.2022 bis 31.03.2023
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege, Ärzte, Logistiker, Technik, Informatiker

##### Ambulantes Operationszentrum

<b>Ziel</b>	Trennung ambulante Behandlungen vom regulären stationären OP Betrieb
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	OP Einheiten
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	01.11.2021 bis 01.12.2022
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	OP Personal, Belegärzte, Ärzte, Verwaltung, Technik

##### Einführung Patientenaccount

<b>Ziel</b>	Nutzung der App heyPatient durch die Patienten
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	01.10.2022 bis 02.12.2023
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege, Ärzte, Verwaltung, Technik

## Digitale Logistik

<b>Ziel</b>	Digitalisierung von allen Bestell- und Registrierungsprozessen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Logistik
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	01.04.2022 bis Sommer 2023
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Finanzen, IT, Logistik, Technik, OP

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

## Arbeits- und Gesundheitsschutz

<b>Ziel</b>	Ausrollen der Branchenlösung von H+
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen der Klinik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Schulungen zu Arbeitssicherheit finden regelmässig statt.

## Traumaboard

<b>Ziel</b>	Optimierung von Outcome und Qualitätssicherung
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Medizinische Bereiche, Belegärzte
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte und Pflege des Ortho-Notfalls, Belegärzte, Labor, Radiologie, OP, IMC, Pflegestationen, Administration
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Etabliertes Austauschgefäss im Sinn einer optimalen interprofessionellen Zusammenarbeit, gewährleistet anhaltende Weiterentwicklung

## PROMs

<b>Ziel</b>	Patienten mit Hüft- und Knie TP werden mit dem validierten Fragebogen EQ-5D-5L in zeitlichen Abständen befragt
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Qualitätsmanagement
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Belegärzte, Anästhesie
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	In 2022 Wechsel auf den Softwareanbieter Sublimd

## Betriebliches Gesundheitsmanagement "Gsund im Merian"

<b>Ziel</b>	Mitarbeitende für Gesundheitsthemen sensibilisieren
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Regelmässige Evaluation der Angebote

## Patientensicherheit - CIRS

<b>Ziel</b>	Erfassung von kritischen Situationen und Beinaheunfällen im CIRS System
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Pflege, Hauswirtschaft, Therapeuten, Technik
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Eingehende CIRS Fälle werden regelmässig besprochen und Massnahmen werden geplant um Sicherheitslücken zu schliessen



#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2010 ein CIRS eingeführt.

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

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

#### Bemerkungen

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

#### 4.4.3 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
Hüft- und Knie-TP	Orthopädie		EQ-5D-5L	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>A-QUA CH</b> Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://sgar-ssar.ch/a-qua/">sgar-ssar.ch/a-qua/</a>	2012
<b>Infreporting</b> MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	1999
<b>SIRIS</b> Schweizerisches 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>	2012
<b>SOL-DHR</b> Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	SOL-DHR, USB Basel <a href="mailto:info@sol-dhr.ch">info@sol-dhr.ch</a> <a href="http://www.sol-dhr.ch/">www.sol-dhr.ch/</a>	2011
<b>Swissnoso SSI</b> Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso <a href="http://www.swissnoso.ch">www.swissnoso.ch</a>	2009

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2015	Gesamte Klinik	2015	2022	Rezertifizierung 2024
REKOLE	Finanzen & Controlling	2013	2022	
ISO/IEC 17043	Labor	1997	2022	
QUALAB	Labor	1992	2022	
Zertifizierte IMC nach den Richtlinien der SGI	IMC	2019	2023	

# **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>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.34	4.43	4.43	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.64	4.72	4.67	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.64	4.74	4.67	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.54	4.52	4.53	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.10	4.16	4.29	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	91.10 %	93.00 %	93.70 %	– %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2022				–
Anzahl eingetreffener Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

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

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Die nächsten Befragungen in diesem Bereich folgen im Jahr 2023.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die Spital- bzw.

klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

Die nächste ANQ Patientenbefragung in der Akutsomatik findet im April 2023 statt.

#### 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 Patientenzufriedenheit

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Dies ermöglicht es dem Spital, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten.

Das Spital führte die Patientenbefragung der Firma MECON measure & consult GmbH durch. Dazu wurden alle im Erhebungszeitraum ausgetretenen stationären Patientinnen und Patienten zu ihrer Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt befragt. Die Befragung war anonym. Die ausgefüllten Fragebogen wurden direkt an das unabhängige Messinstitut MECON retourniert.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt. Die Befragung wurde in allen Abteilungen der Klinik durchgeführt. Alle stationären Patienten mit Austritt im Erhebungszeitraum Januar bis Dezember 2022.

Die Merian Iselin Klinik zeigt bei der Gesamtzufriedenheit und bei den meisten Teilbereichen eine grosse Konstanz in der Zufriedenheit der befragten Patienten. In den Bereichen Ärzte und Essen/ Zimmer zählt die Merian Iselin Klinik zu den Besten der 32 Spitäler im Vergleich. Die Zeitreihe bildet ebenfalls eine grosse Konstanz ab, in den Bereichen Organisation und öffentl. Infrastruktur konnte sich die Klinik zum Vorjahr steigern.

#### Angaben zur Messung

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



### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

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

Qualitätsmanagement

Birgit Hall

Leiterin Qualitätsmanagement

+41 61 305 13 92

[birgit.hall@merianiselin.ch](mailto:birgit.hall@merianiselin.ch)

Mo - Do

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

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2023.

Alle Mitarbeitenden der Klinik werden befragt

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

## 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 Belegärztezufriedenheit

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

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.  
Alle Belegärzte werden befragt.

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

## 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>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>				
Verhältnis der Raten*	0.53	0.63	1	–
Anzahl auswertbare Austritte 2020:				–

\* Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten (BFS MedStat) der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

## 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>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>				
Primäre Hüfttotalprothesen	2542	2.60%	2.30%	2.60%
Primäre Knieprothesen	2883	4.10%	4.70%	4.00%

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/).

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swiss RDL, ISPM Bern
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patientinnen und Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes oder einer Rehospitalisation führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen\*\*\*.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

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

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

#### Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- 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>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>						
Hernienoperationen	–	–	0.00%	0.00%	0.90%	– (–)

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>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	526	4	0.80%	2.00%	0.40%	0.70% (0.00% - 1.40%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	620	3	0.30%	0.70%	0.00%	0.60% (0.00% - 1.20%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

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

#### Messergebnisse

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

	2018	2019	2022
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>			
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	4	1	
In Prozent	4.40%	1.10%	-
Residuum* (CI** = 95%)	0.11 (-0.32 - 0.53)	0.04 (-0.54 - 0.47)	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022		Anteil in Prozent (Antwortrate) 2022	-

\* 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/).

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

Die transparente Publikation der ANQ Ergebnisse Sturz und Dekubitus ist für Anfang September geplant.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

## 13 Dekubitus

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

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patientinnen und Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Dekubitus. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (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

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

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte		2022	In Prozent
		2018	2019		
<b>Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie</b>					
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	1	1		-
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.29 (0.31 - 0.01)	0.06 (-0.69 - 0.81)		-
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022		Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 2022		-	

\* 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/).

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

Die transparente Publikation der ANQ Ergebnisse Sturz und Dekubitus ist für Anfang September geplant.

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

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



## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf eine tiefere Ebene zu liegen kommt (WHO, 2007). Damit sind alle Ereignisse gemeint, bei denen die betroffene Person unfreiwillig eine tiefere Ebene erreicht. Um die Sturzrate in der MIK effektiv zu senken, wird ein multifaktorieller Ansatz gewählt mit den folgenden Zielen:

- Mobilität und motorische Geschicklichkeit verbessern
- Medikamente überlegt anwenden Sturzfolgen (Frakturen) vermeiden
- Nothilfe ermöglichen
- Sturzangst (Post-Fall Syndrom) mindern
- Selbstbeschränkung in den Aktivitäten des täglichen Lebens und sozialen Rückzug vermindern

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Diese Messung findet stets auf allen Abteilungen der Klinik statt.

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

- *Einschlusskriterien:* Alle stationären Patienten
- *Ausschlusskriterien:* Ambulante Patienten

#### Messergebnisse

2020		2021		2022		Angaben
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
6'956		7'091		7'247		Anzahl stationäre Austritte
45	100	53	100	101	100	Sturzereignisse
9	20.0	14	26	22	21.7	Stürze mit Behandlungsfolgen
45/6'956	0.6	53/7'091	0.7	101/7'247	0.4	Sturzereignisse auf Austritte

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Seit 1999 werden in der Klinik ereignete Stürze erfasst. Seit 2022 werden auch "Beinahe Stürze" im Sturzprotokoll erfasst. Aus diesem Grund liegt die Sturzrate zu 2021 deutlich höher.

Folgende Qualitätsaktivitäten werden weiterhin umgesetzt:

- Erfassung des Sturzrisiko Score bei allen Patienten über 65 Jahre bei Eintritt sowie postoperativ erfasst, um sturzgefährdete Patienten zu erkennen und somit vor einem Sturz zu schützen.
- Lückenlose Erfassung der Sturzprotokolle und der Folgeschäden
- Evaluation des Sturzrisiko Score nach einem Sturzereignis
- Schulung der Mitarbeitende zum Thema Sturz

#### Angaben zur Messung

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

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Siehe unter Kapitel 4.4.

Die aktuellen Projekte sind im Kapitel 4.4. in diesem Bericht aufgeführt.

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

#### 18.2.1 Alle Projekte sind aktuell und laufend

Die aktuellen Projekte sind im Kapitel 4.4. in diesem Bericht aufgeführt.

### 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

#### 18.3.1 Siehe unter Kapitel 4.6.

Die aktuellen Zertifizierungsprojekte sind im Kapitel 4.6. in diesem Bericht aufgeführt.

## 19 Schlusswort und Ausblick

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

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>
Kraniale Neurochirurgie
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>
Ophthalmologie
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
<b>Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
<b>Gefässe</b>
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie Carotis
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie

<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Plexuschirurgie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum

## 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).