



MERIAN ISELIN

Klinik für Orthopädie
und Chirurgie

Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

28.05.2025
Fernando Imhof, CEO

Version 1



Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und
Chirurgie



Akutsomatik

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 2024.

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 Patient:innen 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 aktuell 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 2024

Frau
Birgit Hall
Leiterin Qualitäts- und Risikomanagement
061 305 13 92
birgit.hall@merianiselin.ch

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

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

Die Herausforderungen bleiben weiterhin vielfältig für die Spitäler und Kliniken. Sie müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

Der Personalmangel und nicht-kostendeckende Tarife waren für H+ und die Spitäler weiterhin ein grosses Thema. Anfang November 2024 wurde das ambulante Gesamt-Tarifsystem dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Viele Spitäler und Kliniken haben das Projekt bereits gestartet und erste Schritte erledigt.

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den Qualitatsvertrag (QV58a) zwischen curafutura, santésuisse und H+ genehmigt (vgl. [Medienmitteilung des Bundesrates](#)) und diesen per sofort in Kraft gesetzt. Der QV58a legt klare Regeln für eine verbindliche und transparente Qualitätsentwicklung fest; er gilt gesamtschweizerisch für alle Spitäler und Kliniken.

H+ hat einen analogen Qualitatsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitatsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – [Qualität – Qualitatsvertrag](#). Als Publikationsort wurde die Plattform spitalinfo.ch bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdeklaration vorgenommen. Ab der Vorlage 2025 werden dann diese Angaben zur Qualitätsentwicklung automatisch in den H+ Qualitätsbericht integriert.

Der Qualitätsbericht 2024 ist wiederum aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Im aktuellen Qualitätsbericht können zudem erstmalig die IQM Peer Review Verfahren aufgeführt werden.

Die bisherige Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wird künftig abgelöst. Auf Initiative der Spitäler und Kliniken, ist der ANQ daran andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen und weiterzuentwickeln. Das Ziel ist, künftig klinische Routedaten und somit Daten aus den elektronischen Patientendokumentationen nutzbar zu machen, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen.

Im H+ Qualitätsbericht sind jeweils neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich. 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 diesen Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



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 2024	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
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	13
4.5 Registerübersicht	14
4.6 Zertifizierungsübersicht	15
QUALITÄTSMESSUNGEN	16
Zufriedenheitsbefragungen	17
5 Patientenzufriedenheit	17
5.1 Eigene Befragung	17
5.1.1 Patientenzufriedenheit	17
5.2 Beschwerdemanagement	17
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	18
7.1 Eigene Befragung	18
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit	18
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	19
Messungen in der Akutsomatik	19
9 Wiedereintritte	19
9.1 Nationale Auswertung ungeplante Rehospitalisationen	19
10 Operationen	21
10.1 Hüft- und Knieprothetik	21
11 Infektionen	22
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	22
12 Stürze	24
12.1 Eigene Messung	24
12.1.1 Sturzprotokoll	24
13 Dekubitus	26
13.1 Eigene Messungen	26
13.1.1 Dekubitusscreening	26
Messungen in der Psychiatrie	0
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
15 Symptombelastung psychischer Störungen Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	

Messungen in der Rehabilitation	0
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	
Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
Weitere Qualitätsaktivitäten	27
17 Weitere Qualitätsmessung	27
17.1 Weitere eigene Messung	27
17.1.1 Stürze (Akutsomatik).....	27
18 Projekte im Detail	28
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	28
18.1.1 Implementierung SIRIS Schulter-Fragebogen	28
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024	28
18.2.1 Alle Projekte sind aktuell und laufend	28
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte	28
18.3.1 ISO 9001:2015	28
18.3.2 Zertifizierte IMC	28
18.3.3 A-Cert (Anästhesie).....	28
19 Schlusswort und Ausblick	29
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	30
Akutsomatik	30
Herausgeber	31

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 Belegarklinik 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 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.

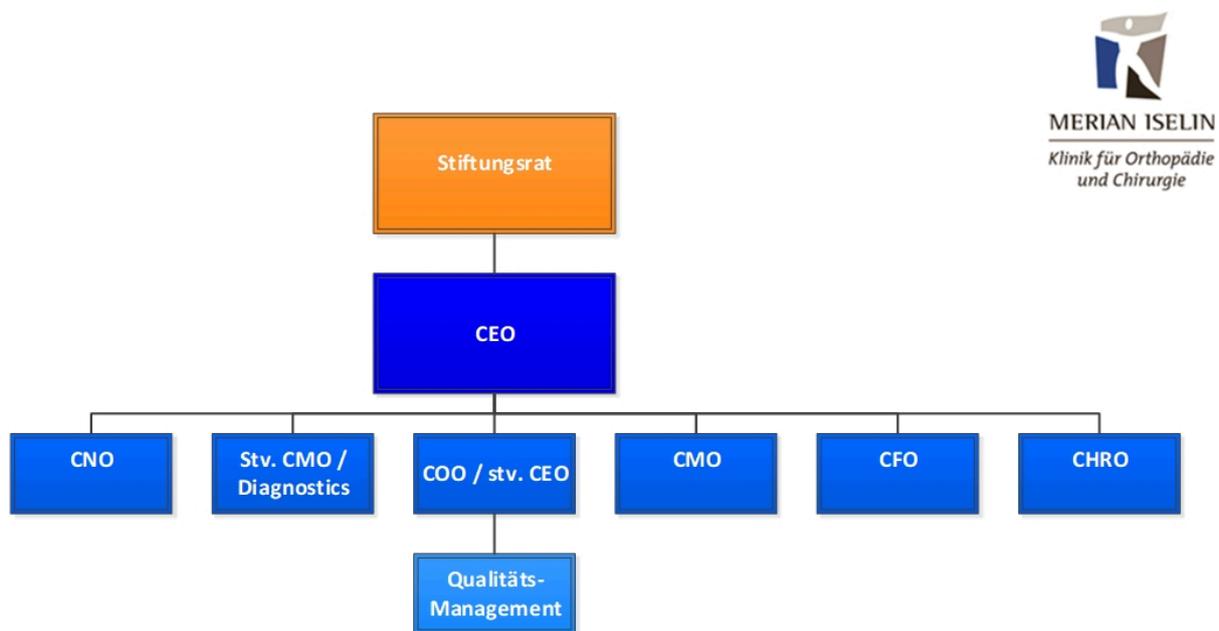
Die Merian Iselin Klinik ist deshalb Ihr idealer Partner zur Lösung medizinischer Probleme aus den Bereichen Orthopädie, Urologie und Chirurgie. Informieren Sie sich unverbindlich über unsere Möglichkeiten und machen Sie sich ein Bild von der Leistungsfähigkeit der Merian Iselin Klinik.

www.merianiselin.ch

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Themen, die im Zusammenhang mit dem 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 **310** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Birgit Hall
Leiterin Qualitäts- und Risikomanagement
061 305 1392
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 Hinweise, 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.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

- **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.
- **Digitalisierung Patientendokumentation**
Die Merian Iselin Klinik folgt weiter dem Trend der Digitalisierung und arbeitete 2024 an Möglichkeiten, diverse Papierfragebogen den Patientinnen und Patienten in digitaler Form zur Verfügung zu stellen.
- **Kampagne «Gsund 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.

- **Onboarding neue Mitarbeitende**

In einem bereichsübergreifenden Projekt wurde ein umfassendes Onboardingprogramm für Mitarbeitende auf die Beine gestellt mit dem Ziel, dass neue Mitarbeitende einheitlich in die Prozesse der Merian Iselin Klinik eingeführt werden.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

- **Re-Zertifizierung ISO 9001:2015**

Die Re-Zertifizierung wurde durch die Zertifizierungsstelle Tüv Süd durchgeführt. Die Zertifizierungsstelle bescheinigt der Merian Iselin Klinik weiterhin ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem, Verbesserungsmöglichkeiten werden aufgegriffen und umgesetzt.

- **Aktionswoche Patientensicherheit**

Rund um den Welttag Patientensicherheit am 20.09.2024 hat die Merian Iselin Klinik einige Aktionen auf die Beine gestellt. Gemäss dem Motto "Diagnose. Eine Teamsache" wurde mehrere Räume eingerichtet mit vor Ort Begleitung durch Fachverantwortliche, damit Mitarbeitende die Möglichkeit hatten die Diagnosen im Team zu repetieren.

- **Digitale Patientenzufriedenheitsbefragung**

Am 1. Januar 2024 wurde das Projekt Digitale Patientenzufriedenheitsbefragung lanciert, das zum Ziel hat, einen digitalen PREM (Patient-Reported Experience Measures)-Fragebogen zur Messung der Patientenerfahrung zu implementieren. Im Gegensatz zu PROM (Patient-Reported Outcomes Measures) untersuchen PREM nicht die Ergebnisse der medizinischen Versorgung, sondern die Auswirkungen des Versorgungsprozesses auf die Erfahrung des Patienten; z. B. die Kommunikation oder auch die Unterstützung im Versorgungsprozess.

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 werden 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.

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:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)▪ Nationale Auswertung Ungeplante Rehospitalisationen

Bemerkungen

In 2024 hat keine Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik Erwachsene durch die ANQ stattgefunden.

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>
▪ Patientenzufriedenheit
<i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterzufriedenheit
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Sturzprotokoll
<i>Dekubitus</i>
▪ Dekubitusscreening
<i>Weitere Qualitätsmessung: Akutsomatik</i>
▪ Stürze

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Arbeits- und Gesundheitsschutz

Ziel	Ausrollen der Branchenlösung von H+
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	kontinuierlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen der Klinik
Evaluation Aktivität / Projekt	Schulungen zu Arbeitssicherheit finden regelmässig statt.

Traumaboard

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

PROMs

Ziel	Patienten mit Hüft- und Knie TP werden mit dem validierten Fragebogen EQ-5D-5L in zeitlichen Abständen befragt
Bereich, in dem das Projekt läuft	Qualitätsmanagement
Projekt: Laufzeit (von...bis)	kontinuierlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Belegärzte, Anästhesie
Evaluation Aktivität / Projekt	In 2022 Wechsel auf den Softwareanbieter Sublimd

Betriebliches Gesundheitsmanagement "Gsund im Merian"

Ziel	Mitarbeitende für Gesundheitsthemen sensibilisieren
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	kontinuierlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässige Evaluation der Angebote

Patientensicherheit - CIRS

Ziel	Erfassung von kritischen Situationen und Beinaheunfällen im CIRS System
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	kontinuierlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, Hauswirtschaft, Therapeuten, Technik
Evaluation Aktivität / Projekt	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 Zugangs für unsere Belegärzte zugänglich und nutzbar.

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
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	2012
Infreporting MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	1999
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
SOL-DHR Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	SOL-DHR, USB Basel info@sol-dhr.ch www.sol-dhr.ch/	2011
Swissnoso SSI 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 www.swissnoso.ch	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	2024	
REKOLE	Finanzen & Controlling	2013	2024	
QUALAB	Labor	1992	2022	
Zertifizierte IMC nach den Richtlinien der SGI	IMC	2019	2024	
A-CERT	Anästhesie	2023	2023	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patient:innen und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

5.1 Eigene Befragung

5.1.1 Patientenzufriedenheit

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten die Betreuung während ihres Aufenthaltes empfunden haben. Dies ermöglicht uns, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt. Die Befragung wurde in allen Abteilungen der Klinik durchgeführt. Alle stationäre Patientinnen und Patienten bekommen einen Link zur elektronischen Patientenzufriedenheitsbefragung zugesandt.

83 % der Patientinnen und Patienten beurteilen insgesamt die Behandlung und Betreuung die sie erhalten haben als "sehr gut". 98% der Patientinnen und Patienten würden die Merian Iselin Klinik bei Bedarf ihrer Familie oder ihren Freunden weiterempfehlen. Die Rückmeldungen in Form von Freitexteingaben wurden hinsichtlich Verbesserungspotential analysiert und Massnahmen abgeleitet.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.2 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

Mo - Do

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

7 Mitarbeitendenzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

Damit die Stimmungen der Mitarbeiter frühzeitiger erkannt werden, wird einmal jährlich eine «Pulsbefragung» durchgeführt.

- Die Puls-Befragung beinhaltet max. 5 Fragen.
- Die Befragung dauert einen Monat und es wird zwei Wochen nach Start der Befragung ein Reminder versendet.
- Es besteht eine Freitexteingabe für Mitarbeiter.
- Die Anonymität ist gewährleistet.
- Der Zugang zur Umfrage ist niederschwellig und wird via einem IT Tool Sublimd administriert, d. h. alle Mitarbeitende bekommen einen Link zur Befragung zugestellt.
- Die Ergebnisse werden der Geschäftsleitung vorgestellt. Die Geschäftsleitung informiert die Mitarbeitende über die Ergebnisse und etwaige Massnahmen.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Monat September durchgeführt.
Alle Mitarbeitenden der Klinik werden befragt

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse der Pulsbefragung zur Mitarbeiterzufriedenheit vom September 2024 zeigt ein erfreuliches Bild auf. Die Mehrheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist mit der Klinik als Arbeitgeber und mit ihrer derzeitigen Arbeitssituation zufrieden.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	"Pulsbefragung"
---	-----------------

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

Qualitätsindikatoren	BFS-Daten 2021	BFS-Daten 2022
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	Risikoadjustierte Rate	Risikoadjustierte Rate
Spitalweite Kohorte	4.43 %	3.97 %
Chirurgisch-gynäkologische Kohorte	3.44 %	3.22 %
Sonstige medizinische Kohorte	6.31 %	4.15 %

Zur Risikoadjustierung der ungeplanten Rehospitalisationen werden das Alter, das Geschlecht und eine Vielzahl möglicher komorbider Nebenerkrankungen der Patient:innen berücksichtigt. Beurteilt wird dabei der Zustand der Patient:innen beim Erstaufenthalt (nicht beim Wiedereintritt).

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

In allen Kohorten liegt die Merian Iselin Klinik tiefer als der Vergleichswert. Im Bereich nach elektiver Hüft- oder Knie-TEP liegt die Merian Iselin Klinik mit 2.39% für 2022 (in 2021: 3.31%) im Normbereich.

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.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patientinnen und Patienten. ▪ 18 Jahre oder älter. ▪ Patient:in ist beim Erstaufenthalt nicht verstorben. ▪ Patient:in wurde nach Erstaufenthalt nicht direkt an ein anderes Akutspital überwiesen. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes oder eines Haupt- oder Nebenbehandlungs-Kodes, der gemäss den spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien eine der Kohorten beschreibt.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entlassung erfolgte beim Erstaufenthalt entgegen dem Rat des behandelnden Arztes. ▪ Vorhandensein eines Hauptdiagnose-Kodes für eine psychiatrische Erkrankung oder eine Rehabilitation. ▪ Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Klinik (Krankenhaustypologie «K211» und «K212») oder einer Rehabilitationsklinik («K221») oder Erstaufenthalt in einer psychiatrischen Hauptkostenstelle («M500»), einer Hauptkostenstelle für Rehabilitation («M950») oder einer pädiatrischen Hauptkostenstelle («M400»). ▪ Erstaufenthalt zur ausschliesslichen medizinischen Behandlung eines Krebsleidens, ohne einen chirurgischen Eingriff (dieses Ausschlusskriterium betrifft nur den spitalweiten Indikator und seine Kohorten, weil die diagnose- und eingriffs-spezifischen Indikatoren in jedem Fall auf spezifische Diagnosen bzw. Eingriffe ausgerichtet sind). ▪ Fehlen eines ausreichenden Nachverfolgungszeitraumes von 30 Tagen nach der Entlassung (z.B. im Dezember am Ende des Jahres der aktuellen Untersuchungsperiode), sodass nicht bestimmt werden kann, ob eine Rehospitalisation, während 30 Tagen erfolgte. ▪ Beim betreffenden Erstaufenthalt handelt es sich bereits um eine ungeplante Rehospitalisation während 30 Tagen eines vorhergehenden Erstaufenthalts mit dem gleichen Grundleiden. ▪ Patient:in lebt im Ausland. ▪ Vorhandensein einer mit mikrobiologischem Nachweis bestätigten COVID-19 Diagnose.

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: 1.1.2018 bis 31.12.2021

	Anzahl eingeschlossene Primär-Implantate (Total)	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N)	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %			Adjustierte Revisionsrate %
			2018 - 2021	2018 - 2021	2015 - 2018	
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie						
Primäre Hüfttotalprothesen	2493	2.50%	2.30%	2.60%	2.50%	2.60%
Primäre Knieprothesen	2804	3.30%	4.70%	4.00%	3.70%	2.80%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2024 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2018 bis Dezember 2021. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 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/.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Alle Patient:innen mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patient:innen, 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 und www.swissnoso.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
- Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

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

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2023/2024	2023/2024	2020/2021	
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	715	4	0.40%	0.70%	0.60%	0.60% (0.00% - 1.10%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	912	2	0.00%	0.60%	0.20%	0.20% (0.00% - 0.50%)

* 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 Patient:innen	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patient:innen (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patient:innen (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patient:innen, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

Hinweis zur nationalen Messung Sturz & Dekubitus: Keine Messung im Jahr 2023 - Ablösung der Messmethode

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 ab 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.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie hier: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/sturz-dekubitus/>

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Sturzprotokoll

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. Beinahe Stürze, im Beisein einer Pflegeperson, beispielsweise im Sitzen auf der Toilette oder am Bettrand werden in der Literatur unterschiedlich zugeordnet und müssen ebenfalls im Rahmen der Risikoeinschätzung und bei der Erfassung eines Sturzprotokolls berücksichtigt werden.

Risikoerkennung/Screening

Der erste Schritt im Risikomanagement-Prozess beinhaltet das Erkennen eines erhöhten Sturzrisikos. Durch den Einbezug evidenzbasierter Risikofaktoren zur Risikoerkennung können bei der Risikogruppe gezielte Massnahmen zur Sturzprävention umgesetzt werden. Aufgrund der raschen Veränderung des Allgemeinzustandes des Patienten ist eine regelmässige Risikoerkennung notwendig. Nach einer Operation besteht auch bei jungen Menschen eine erhöhte Sturzgefahr

Reaktion auf einen Sturz

Oberstes Gebot nach einem Sturz ist die Bewahrung des Patienten vor weiterem Schaden. Nach der klinischen Beurteilung der Sturzfolgen und gegebenenfalls nötiger Sofortmassnahmen ist ein systematisch strukturiertes Sturzprotokoll zur Ereignisanalyse und zur Qualitätssicherung zu erstellen. Die Erkenntnisse aus der Analyse fliessen wieder in die Beurteilung der Risikofaktoren ein.

Die Merian Iselin Klinik stellt als Institution Hilfsmittel sowie Ressourcen zur Sturzprävention zur Verfügung. Dazu gehören technische Hilfsmittel (wie zum Beispiel die Erreichbarkeit des Lichtschalters, Bremsen an Nachttischen und Betten, WC-Stühlen und Gehilfen) und räumliche Voraussetzungen (Beschaffenheit des Fussbodens, Haltemöglichkeiten). Die Edukation des interprofessionellen Teams wird durch die Pflegeentwicklung durchgeführt und somit sichergestellt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die Messung hat in allen Abteilungen stattgefunden.

In 2024 wurden 38 Stürze erfasst.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

13 Dekubitus

Hinweis zur nationalen Messung Sturz & Dekubitus: Keine Messung im Jahr 2023 - Ablösung der Messmethode

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 ab 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.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie hier: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/sturz-dekubitus/>

13.1 Eigene Messungen

13.1.1 Dekubitusscreening

Die Entwicklung eines Dekubitus in einem Spital, einer Klinik stellt für Patienten eine Komplikation ihres Spitalaufenthaltes dar und kann mit gesteigerter Mortalität, verlängertem Spitalaufenthalt und höheren Kosten in Verbindung gebracht werden. Sowohl ein Dekubitus an sich, als auch die erforderlichen Verbandswechsel können starke Schmerzen verursachen und die Lebensqualität betroffener Patienten einschränken. Die Verhinderung eines Dekubitus trägt somit dazu bei, unnötiges Leiden und unnötige Kosten zu vermeiden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die Messung hat in allen Abteilungen stattgefunden.

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Weitere Qualitätsaktivitäten

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Stürze (Akutsomatik)

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 2024 durchgeführt.

Diese Messung findet stets auf allen Abteilungen der Klinik statt.

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

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 Implementierung SIRIS Schulter-Fragebogen

Alle Belegärzte die sich auf Schulteroperationen spezialisiert haben, können ihre Daten in das SIRIS Register eingeben und die Schulter-Formulare für die Operationserfassung auswählen.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 Alle Projekte sind aktuell und laufend

Die Projekte die im Kapitel 4.4. aufgeführt werden, sind aktuell.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO 9001:2015

Seit 2015 ist die Merian Iselin Klinik nach der ISO Norm 9001:2015 zertifiziert. Die ISO 9001:2015 ist das weltweit bekannteste Managementsystem.

18.3.2 Zertifizierte IMC

Im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaften für Intensivmedizin, Anästhesiologie und Reanimation, Kardiologie, Chirurgie, Kinderchirurgie, Allgemeine Innere Medizin, Neonatologie, Pädiatrie und der Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies, wurde eine multidisziplinäre Interessensgemeinschaft gebildet, die Richtlinien für die Anerkennung von IMC-Units erarbeitet hat. Diese Richtlinien erfüllt die IMC der Merian Iselin Klinik und hält einer jährlichen Überprüfung stand.

18.3.3 A-Cert (Anästhesie)

Das Qualitätslabel A-CERT bildet den fünften Punkt der SSAPM Qualitätsstrategie 2020 ab. Durch die Möglichkeit einer fachspezifischen, professionellen Zertifizierung werden die Qualitätsvorgaben der Fachgesellschaft systematisch überprüft.

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 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 und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Gefässe
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Wechseloperationen Hüftprothesen
Wechseloperationen Knieprothesen
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.