

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

29.05.2019
Dorothee Meier, Qualitätsmanagerin

Version 1



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 2018.

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 2018

Frau
Dorothee Meier
Qualitätsmanagerin
061 315 20 10
dorothea.meier@bethesda-spital.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. [Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	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 2018	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	8
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	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	15
4.5 Registerübersicht	16
4.6 Zertifizierungsübersicht	17
QUALITÄTSMESSUNGEN	18
Befragungen	19
5 Patientenzufriedenheit	19
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	19
5.2 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation	21
5.3 Eigene Befragung	23
5.3.1 Laufende Befragung der Patientenzufriedenheit	23
5.3.2 Austrittsbefragung aller Patienten mittels Kurzfragebogen	24
5.4 Beschwerdemanagement	24
6 Angehörigenzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	25
7.1 Eigene Befragung	25
7.1.1 Mecon	25
8 Zuweiserzufriedenheit	26
8.1 Eigene Befragung	26
8.1.1 Zuweiser-&Belegarztbefragung	26
Behandlungsqualität	27
9 Wiedereintritte	27
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	27
10 Operationen	
es wurde bisher keine Messung durchgeführt.	
11 Infektionen	28
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	28
12 Stürze	30
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	30
13 Wundliegen	32
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	32
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	34

16.1	Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation	34
17	Weitere Qualitätsmessungen Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
18	Projekte im Detail	36
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	36
18.1.1	Medikationssicherheit.....	36
18.1.2	Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ).....	36
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	37
18.2.1	EFQM R4E.....	37
18.2.2	SLH Rezertifizierung	37
18.2.3	Aufbau Medizinische Services	37
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	37
18.3.1	Zertifikat Ausbildungsklinik Innere Medizin & Frauenmedizin	37
19	Schlusswort und Ausblick	38
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		39
Akutsomatik		39
Psychiatrie		40
Rehabilitation.....		40
Herausgeber		44

1 Einleitung

Die Bethesda Spital AG - ein Privatspital mit interdisziplinär ausgerichteten medizinischen Angeboten - ist traditionell mit der Stadt und der Region Basel verbunden und Teil der Unternehmensgruppe Stiftung Diakonot Bethesda.

In folgenden Kernkompetenzen gestalten unsere Spezialisten und Fachärzte (Klinik-, Beleg- und Konsiliarärzte) den Patientenaufenthalt gemeinsam mit Fachkräften aus den Disziplinen Pflege, Therapie, Hotellerie und Administration:

Zentrum für die Frau & Geburt mit einem Chefarztsystem und akkreditierten Belegärzten; diese Kombination gewährleistet den Patientinnen und Gebärenden eine individuelle und optimale Betreuung.

Zentrum Bewegungsapparat & Rehabilitation. Die Zusammenarbeit von Rheumatologie, Schmerzmedizin, Wirbelsäulenchirurgie und Rehabilitation bedeutet eine umfassende Betreuung der Patienten unter einem Dach.

In der Rehabilitation bestehen Kooperationsverträge mit der Birshof Klinik und der Merian Iselin Klinik zur Übernahme von Patienten zur Rehabilitation.

Weitere Disziplinen und Kompetenzen unseres Leistungsauftrages sind: Anästhesiologie – Angiologie – Dialyse – Endokrinologie und Diabetologie – Gastroenterologie – Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie – Hand- und periphere Nerven Chirurgie – Hämatologie – Innere Medizin – Medizinische Onkologie – Nephrologie – Plastische- und Ästhetische Chirurgie – Radiologie – Schlafmedizin – Viszeral- und Allgemeinchirurgie.

Zur Individuelleren Leistungserbringung bauen wir unser Angebot mit einem Haus der Geburt, einer Onko-Praxis sowie Hausarztpraxen aus.

Zum Wohl unserer Patienten und Kunden dienen Kooperationen mit dem Universitätsspital Basel, dem Kantonsspital Baselland, den Solothurner Spitälern, der Basler Privatspital Vereinigung, dem Laboratorium Viollier AG, dem unabhängigen Beratungsunternehmen Mecon und weiteren Partnern zur spitalweiten Sicherung, Erhaltung und Verbesserung des Qualitätsniveaus.

Als Mitglied der Vereinigung „The Swiss Leading Hospitals“ sowie bei Sw!ss Reha ist die Bethesda Spital AG zur zyklischen und systematischen Qualitätsverbesserung verpflichtet. Unserem Qualitätsmanagement liegt EFQM R4E, welches wir 2018 erlangt haben, zu Grunde. Weiter engagieren wir uns aktiv als Mitglied bei der „Swiss Society for Quality Management in Health Care“ (SQMH) und erhalten uns damit einen kreativen Innovationsgeist.

Die Bethesda Spital AG hat den Nationalen Qualitätsvertrag ANQ für die Akut- und Rehabilitationsmedizin unterzeichnet.

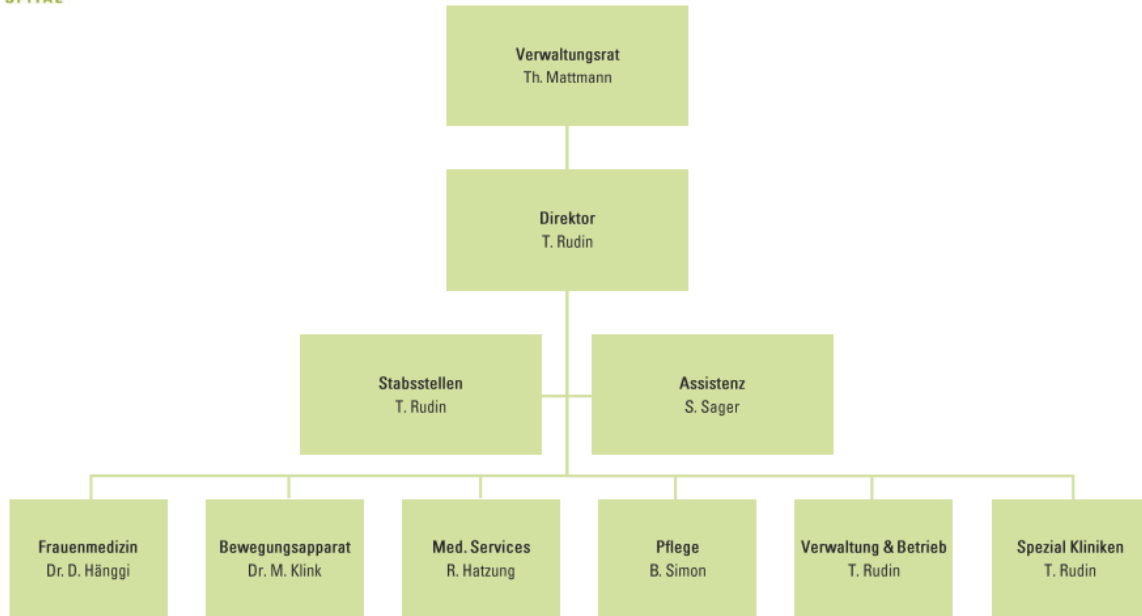
Alle Mitarbeitenden der Bethesda Spital AG legen grossen Wert auf Menschlichkeit, Einfühlungsvermögen und Zuwendung.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Stand: 01.01.2019- Änderung bitte an die Abteilung HR

Bethesda Spital AG / M5 PPT008 Organigramme.06

1

Die Abteilung Unternehmensentwicklung / Qualitätsmanagement ist eine Stabstelle des Direktors und somit an oberster Stelle verankert. Sämtliche Korrespondenz zu Patientenmeldungen werden vom Direktor unterschrieben.

Ziele, Vorhaben, Tätigkeiten sowie Kennzahlen werden in der Qualitätskommission bearbeitet und vernehmlicht.

Die Bearbeitung des CIRS erfolgt in einer CIRS-Gruppe, in der verschiedene Mitglieder der Qualitätskommission vertreten sind. Das gleiche gilt für die übrigen Kommissionen des Bethesda Spitals und daraus resultiert eine gute Vernetzung der einzelnen Gremien.

Es erfolgt eine periodische Kommunikation der Qualitätsaktiven an den Direktor und die Spitalleitung.

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Dorothee Meier
Qualitätsmanagerin
061 315 20 10
dorothea.meier@bethesda-spital.ch

Herr Istvan Ehrenbaum
Leiter Unternehmensentwicklung
061 315 23 93
istvan.ehrenbaum@bethesda-spital.ch

3 Qualitätsstrategie

Wir verstehen unter Qualität das Optimum zwischen Leistungseigenschaften, Wirtschaftlichkeit und Terminen. Wir betrachten dabei die Qualität unserer Strukturen, Prozesse und Ergebnisse.

Wir verfügen über die EFQM Anerkennung für Excellence (R4E), sind Mitglied der „Swiss Leading Hospitals“ (SLH), verfügen über ein zertifiziertes Brustzentrum, sind (zertifiziertes) Mitglied bei Swiss Reha und nach REKOLE zertifiziert. Unser Qualitätsmanagement richtet sich entsprechend nach EFQM und den SLH-Kriterien und umfasst alle Bereiche und Aktivitäten der Bethesda Spital AG. Durch das systematische Management unserer Aktivitäten sichern und verbessern wir die Qualität unserer Leistungen und Ergebnisse. Wir streben Business Excellence im Sinne des EFQM-Modells an. Die ständige Verbesserung unserer Leistungen und Prozesse ist ein permanentes Ziel. Wir verstehen uns als eine lernende Organisation. Unsere Qualitätsrichtlinien sind:

- Kriterien „Swiss Leading Hospitals“
- EFQM-Modell
- Kriterien Swiss Reha
- Anforderungen Krebsliga Schweiz und Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (Brustzentrum)
- Vorgaben Q-Monitoring Basel-Stadt
- Gesetzliche und vertragliche Vorgaben
- REKOLE

Unser Qualitätsmanagement richtet sich nach folgenden 4 Grundorientierungen, welche miteinander verknüpft sind:

- Kundenorientierung – durch die konsequente Ausrichtung auf den Kundennutzen.
- Prozessorientierung – durch die zielführende und systematische Operationalisierung aller Aktivitäten.
- Mitarbeiterorientierung – durch die Entwicklung und Integration von qualifizierten Mitarbeitenden.
- Ergebnisorientierung – durch den effektiven Einsatz von Ressourcen zugunsten der maximalen Wirtschaftlichkeit.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

Unsere Qualitätsentwicklung im Berichtsjahr 2018 umfasst:

- EFQM Anerkennung für Excellence (R4E)
- Rezertifizierung Swiss Leading Hospitals
- Projekt Interprofessionelle Zusammenarbeit (Start 2018)
- Abschluss Transformationsprozess Vision 2020

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

- EFQM Anerkennung für Excellence (R4E) erreicht
- Rezertifizierung Swiss Leading Hospitals erreicht
- Abschluss Transformationsprozess Vision 2020 und damit Grundlage für Vision 2023 geschaffen
- Erfolgreicher Start der Notaufnahme

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Unsere Qualitätsentwicklung beinhaltet:

- Ausbau des Angebotes (Haus der Geburt, diverse Praxen)
- Abschluss Gesamtsanierung
- 5. Gebärsaal
- diverse Rezertifizierungen

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 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 im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
<i>Rehabilitation</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation ▪ Bereichsspezifische Messungen für <ul style="list-style-type: none"> – Muskuloskelettale Rehabilitation

4.2 Durchführung von kantonally vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonale Vorgaben umgesetzt und folgende kantonally vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenzufriedenheit (laufend) ▪ Wundinfekte

Bemerkungen

Im Rahmen des Qualitätsmonitorings in Basler Spitälern durch die Gesundheitsdirektion sind wir zur Verfassung des Qualitätsberichtes H+ verpflichtet.

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">▪ Laufende Befragung der Patientenzufriedenheit▪ Austrittsbefragung aller Patienten mittels Kurzfragebogen
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Mecon
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Zuweiser-&Belegarztbefragung

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

EFQM R4E

Ziel	Zertifizierung R4E
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Nov 2017- Okt 2018 (Erhalt Zertifikat)
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Grundlage zur Rezertifizierung SLH
Methodik	Audit seitens SAQ, Bewertung nach Radar-Logik
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Der Aufwand war gross, aber wir entnehmen dem Projekt klar die Stärken und Schwächen und haben somit eine gute Grundlage zur Verbesserung.
Weiterführende Unterlagen	EFQM Modell 2013

Rezertifizierung SLH

Ziel	Erhalt des Zertifikates
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Okt 2018 - Dez 2018 (Erhalt Zertifikat)
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Mitgliedschaft SLH, Position am Markt
Methodik	Audit seitens SQS, Bewertung nach Kriterienkatalog der SLH
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Kenntnisse der Stärken und Schwächen und somit eine gute Grundlage zur Verbesserung.
Weiterführende Unterlagen	Kriterienkatalog SLH

Aufbau Medizinische Services

Ziel	Umstrukturierung und Stärkung des Bereiches OPS & Anästhesie
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	OPS & Anästhesie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Jan 2018- Aug 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Stärkung des Bereiches OPS & Anästhesie, auch im Hinblick auf die Steigerung amb. Operationen
Methodik	Organisationsprojekt
Involvierte Berufsgruppen	alle Mitarbeitenden OPS & Anästhesie
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Aufgaben und Verantwortungen sind Personen zugewiesen und werden von der Leitung Med. Services gemanagt. Der Bereich ist in der Spitalleitung vertreten
Weiterführende Unterlagen	Protokolle Transformationsprozess, Zertifikate in den Kernbereichen, Kooperationsverträge mit andern Spitälern

Projekt Sichere Medikation

Ziel	Vermeiden von Medikamentenfehler, Sicherheit für Patienten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Jan - Nov 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Medikamente der Patienten sind oft nicht vollständig im Einweisungsschreiben dokumentiert
Methodik	Prozess-Projekt
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflegende, QM
Weiterführende Unterlagen	Patientensicherheit Schweiz: progress! Sichere Medikation

Projekt Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ)

Ziel	Steigern der Interprofessionellen Zusammenarbeit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Dez 2019 - Sep 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	vom Kanton lanciertes Projekt in allen Spitälern BS, BL, SO
Methodik	Prozess-Projekt
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Ärzte
Weiterführende Unterlagen	Rahmenbedingungen für Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) 2018/2019, Gesundheitsdepartement BS

OP-Checklisten

Ziel	Patientensicherheit, Einsatz der Checkliste gewährleisten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Operativer Bereich
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Feb 2019 - Mai 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Fehler aufgrund ungenügender Beachtung von Patientendaten, etc.
Methodik	Prozess-Projekt
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Operationspersonal
Weiterführende Unterlagen	Patientensicherheit Schweiz: progress! Sichere Chirurgie

Haus der Geburt

Ziel	Position am Markt
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Geburt (Beleghebammen)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Jun 2018 - Jun 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Leistungsausbau
Methodik	Projekt
Involvierte Berufsgruppen	Bethesda Spital AG
Weiterführende Unterlagen	https://www.haus-der-geburt.ch/

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.

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 und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	langjährige Teilnahme
Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	langjährige Teilnahme
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	langjährige Teilnahme
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch	langjährige Teilnahme
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	langjährige Teilnahme

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
EFQM R4E	Ganzes Spital	2018	2018	Erreichung mit 300 Pkt
Swiss Leading Hospital	Ganzes Spital	2001	2018	Rezertifizierung ohne Auflagen
Qualicert	Medizinisches Technisches Training (MTT)	2000	2018	bei angekündigter Evaluation sämtliche Qualitäts-standards erfüllt und eine hervorragende Qualität ausgewiesen
Schweizerische Krebsliga und Schweizerische Gesellschaft für Senologie	Brustzentrum	2017	2017	Qualitätszertifikat
Swlss Reha	Rehabilitation	2017	2017	Zertifizierung ohne Auflagen
Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin	DEGUM-Stufe II Gynäkologie & Geburtshilfe	2016	2016	Status personenbezogen
FMH	Ausbildungsklinik Frauenklinik	2016	2016	Nachweis Ausbildungsstatus
FMH	Ausbildungsklinik Innere Medizin	2013	2019	Nachweis Ausbildungsstatus
FMH	Ausbildungsklinik Rheumatologie	2013	2019	Nachweis Ausbildungsstatus
REKOLE (H+)	Finanzbuchhaltung	2013	2017	Zertifikat erhalten

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale 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. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
Bethesda Spital AG		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.24	4.37 (4.27 - 4.46)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.63	4.67 (4.57 - 4.77)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.57	4.69 (4.60 - 4.78)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.44	4.57 (4.43 - 4.71)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.98	4.06 (3.94 - 4.18)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	86.80	88.40 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		391
Anzahl eingetreffener Fragebogen	219	Rücklauf in Prozent 56 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 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.

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Wir konnten unser Resultat bis auf die Dauer des Aufenthaltes verbessern. Unsere Massnahmen im Bereich der Austrittsorganisation haben Wirkung zur Verbesserung gezeigt. Die Dauer des Aufenthaltes im Rahmen der DRG-Vorgaben wird von den Patienten sehr unterschiedlich wahrgenommen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2017 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

Der bestehende Fragebogen wurde weiterentwickelt und kam im Jahr 2018 zum ersten Mal zum Einsatz. Er besteht neu aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Zwei Fragen sind praktisch identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die anderen vier Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Rehabilitation angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

Messergebnisse

Fragen		Zufriedenheitswert, Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
Bethesda Spital AG		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung durch das Reha-Team (ärztliches und therapeutisches Personal, Pflegefachpersonen, Sozialdienst)?		4.14 (3.87 - 4.42)
Wurden Sie zu Beginn Ihres Reha-Aufenthalts verständlich über Ablauf und Ziele Ihrer Rehabilitation informiert?		4.33 (4.01 - 4.64)
Wurden Sie während Ihres Reha-Aufenthalts ausreichend in Entscheidungen einbezogen?		4.48 (4.17 - 4.79)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?		4.80 (4.54 - 5.00)
Entsprachen die Therapien Ihren Erwartungen (Umfang, Ablauf usw.)?		4.18 (3.90 - 4.47)
Wie war die Organisation aller für Sie und Ihre Angehörigen wichtigen Massnahmen für die Zeit nach dem Reha-Aufenthalt (Betreuung, Spitex, Therapien usw.)?		3.94 (- - -)
Anzahl angeschriebene Patienten 2018		77
Anzahl eingetreffener Fragebogen	42	Rücklauf in Prozent 54.50 %

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort.

* 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/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Wir konnten unsere Ergebnisse wiederum verbessern und rechnen durch die Überprüfung des Patientenpfades, dem Abschluss der Sanierungsarbeiten und der Mitgliedschaft bei Swiss Reha mit weiterer Steigerung der Zufriedenheit.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im April und Mai 2018 aus einer Rehabilitationsklinik oder Rehabilitationsabteilung eines Akutspitals ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.▪ In der Klinik verstorbene Patienten.▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.3 Eigene Befragung

5.3.1 Laufende Befragung der Patientenzufriedenheit

Die Patientenbefragung ist ein wichtiges Instrument, um von unseren Patientinnen und Patienten zu erfahren, wie sie unsere Leistungen beurteilen. Mit ihrer offenen Meinung helfen sie uns zielgerichtet Verbesserungsmassnahmen einleiten zu können. Die seit 2016 schwankenden Ergebnisse sind teilweise durch die immer noch laufende Gesamtanierung bei laufendem Betrieb begründet. Eingeleitete Verbesserungen und Massnahmen hatten im Vergleich der Jahresauswertungen eine positive Auswirkung.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
in allen Fachbereichen

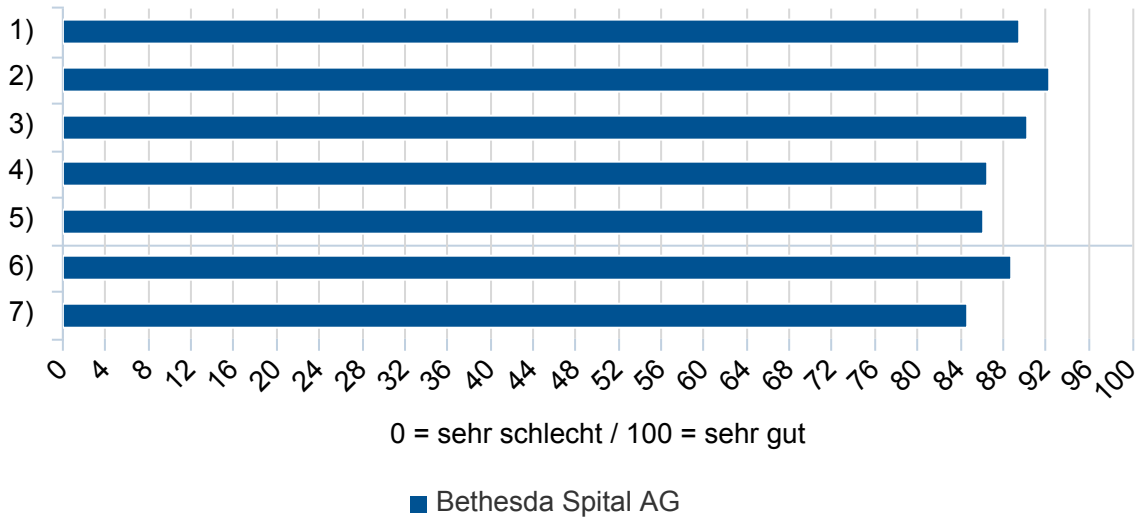
Im Befragungszeitraum wurden Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserem Spital hatten

(schriftliche Befragung kurz nach dem Austritt). Kinder wurden nicht befragt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Bethesda Spital AG	89.50	92.40	90.30	86.50	86.10

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Bethesda Spital AG	88.80	84.60	582	53.60 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON Standardfragebogen

Bemerkungen

Die Jahresauswertung der kontinuierlichen Befragung zeigt, dass Verbesserungsmaßnahmen erfolgreich waren. Trotzdem besteht in gewissen Punkten noch weiteres Verbesserungspotential.

5.3.2 Austrittsbefragung aller Patienten mittels Kurzfragebogen

Das Ziel der Befragung ist ein Spiegel unsere Dienstleistungserbringung zu erhalten.

Bei der Austrittsbefragung der stationären Patienten und Patientinnen, die in getrennten Bögen für Geburtsklinik und Akutbereich verfügbar ist, wird eine Beurteilung unserer Dienstleistung unmittelbar bei Austritt in allen Bereichen erfasst.

Die kritischen Beurteilungen werden an alle Verantwortlichen der Bereiche sowie die Mitglieder der Q-Kommission zur Definition von Massnahmen geschickt.

Die gesamten Resultate werden zusammen mit den Mecon-Auswertungen in der Qualitätskommission behandelt und fliessen in den Verbesserungsprozess ein.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
In allen Fachbereichen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Wir verzichten auf die Publikation, weil diese Daten nicht zu gut lesbarer Darstellung elektronisch aufbereitet sind.

5.4 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Bethesda Spital AG

Qualitätsmanagement

Dorothee Meier

Qualitätsmanagerin

061 315 20 10

dorothea.meier@bethesda-spital.ch

Mo-Do 08:00-17:00

Bei Abwesenheit ist eine Vertretung geregelt

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mecon

Das Ziel der Befragung ist, die Stärken und Schwächen des Bethesda Spitals zu kennen und bei den Schwächen entsprechende Massnahmen zu ergreifen.

Die Befragung umfasst Themen wie der Arbeitsplatz, das Arbeitsklima, die Ferien- und Urlaubsregelung, das Vertrauen in die Führungskräfte, Bereich Lohn & Zulagen, Mobilitätsmanagement und weitere.

Die Resultate der Befragung spielen im Transformationsprozess "Vision 2020" eine wichtige Rolle.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat September durchgeführt.

Im Gesamtspital

Es werden alle angestellten Mitarbeitenden befragt. Ausschlusskriterien sind Auszubildende und Praktikanten.

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?

Ja, unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit.

Die letzte Messung erfolgte im Jahr:

2017

Die nächste Messung ist
vorgesehen im Jahr:

2020

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?

Im ganzen Betrieb

In allen Fachbereichen /
Abteilungen

Messergebnisse der letzten Befragung

	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb	63.9 Pt	Im Mittelwert des Benchmarks 63.0
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse
Verwaltung	70.5 Pt	Mittelwert des Benchmarks 65.7
Medizin	68.3 Pt	Mittelwert des Benchmarks 64.7
Hotellerie	67.4 Pt	Mittelwert des Benchmarks 66.5
Pflege	56.7 Pt	Mittelwert des Benchmarks 60.5

Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

2017 erfolgte die Umstellung auf ein neues Tool mit besserem Benchmark, weshalb kein Vergleich mit der letzten Messung möglich ist. Alle Werte 2017 liegen über dem Mittelwert des Benchmarks.

Wir haben zum ersten Mal die elektronische Befragung als hauptsächlichen Weg gewählt, und der Rücklauf war - entgegen der Erwartungen - höher als früher.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mecon Mitarbeiterbefragung

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt 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 Zuweiser-&Belegarztbefragung

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt 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.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat Februar durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2019.

In allen Bereichen des Spitals

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Wir verzichten auf die Publikation, weil der Rücklauf tief war. Begründet ist dies, weil die Zuweiser grösstenteils unsere Belegärzte sind, die separat befragt werden.

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell 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.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2015	2017
Bethesda Spital AG		
Anteil externer Rehospitalisationen	54.70%	45.90%
Verhältnis der Raten*	0.96	0.76
Anzahl auswertbare Austritte:		4466

* 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 potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell 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/.

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

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den 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 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 Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Gebärmutterentfernungen (Summe)
▪ Gebärmutterentfernungen (vaginal)
▪ Gebärmutterentfernungen (abdominal)

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2017 – 30. September 2018

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
Bethesda Spital AG						
*** Dickdarmoperationen (Colon)	0	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Kaiserschnitt (Sectio)	614	5	0.40%	0.30%	0.00%	0.80% (0.30% - 1.90%)
Gebärmutterentfernungen (Summe)	305	2	0.00%	0.00%	0.00%	0.70% (0.10% - 2.30%)
Gebärmutterentfernungen (vaginal)	95	0	-	-	-	0.00% (0.00% - 3.80%)
Gebärmutterentfernungen (abdominal)	210	2	-	-	-	1.00% (0.10% - 3.40%)

* 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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Unsere Infektionsrate nimmt laufend ab, was uns zeigt, dass die getroffenen Massnahmen Wirkung zeigen. Zu den Operationen der Gebärmutterentfernung gibt es noch keine Werte, da mit deren Messung erst im Oktober 2018 gestartet wurde.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
--------------------------------	-----------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 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 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, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2015	2016	2017	2018
Bethesda Spital AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	1	2	2
In Prozent	2.40%	2.40%	5.00%	6.20%
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	32	Anteil in Prozent (Antwortrate)		50.70%

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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Folgende Massnahmen wurden zur Prävention von Sturzereignissen eingeleitet:

- Analyse der Umstände spitalinterner Sturzumstände und Prüfung der Zweckmässigkeit bisheriger Sturzpräventionsmassnahmen
- Überarbeitung der Inhalte des spitalinternen Sturzereignismeldeformulars
- die Anschaffung und Einsatz von Anti-Rutschsocken bei sturzgefährdeten PatientenInnen
- Beginn mit der Ausarbeitung einer Pflegerichtlinie zur Sturzprävention und zum Umgang mit Sturzereignissen
- Testung eines Screeninginstrumentes zur Identifizierung sturzgefährdeter PatientenInnen
- Regelmässige Fortbildungen der Pflegefachpersonen zur Sturzprävention und zum Umgang mit Sturzereignissen
- Abteilungsbezogene Reflexionsgespräche mit Pflegefachpersonen über Sturzereignisse

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

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

13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) 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 Schwerkraften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

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 Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
Bethesda Spital AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	1	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4			0	0	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018	32	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			50.70%	

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

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

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence

Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand

16.1 Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation

Die ANQ-Messvorgaben in der Rehabilitation gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsabteilungen der Akutspitäler), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten werden entsprechende Messinstrumente je nach Rehabilitationsart bei Ein- und Austritt eingesetzt. Dabei wird untersucht wie sich der Schweregrad der körperlichen und sprachlichen Behinderung, die Leistungsfähigkeit oder der Gesundheitszustand während des Rehabilitationsaufenthaltes verändert haben. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung von Ein- zu Austritt ausgewertet. Je nach Rehabilitationsart kommen andere Messinstrumente zum Einsatz.

Weiterführende Informationen zu den bereichsspezifischen Messungen im Bereich der Rehabilitation finden Sie unter www.anq.ch.

Das **FIM**- Instrument (Functional Independence Measure) und der erweiterte Barthel-Index (**EBI**) sind unterschiedliche Messmethoden um den Schweregrad der körperlichen und sprachlichen Behinderung bei Alltagsaktivitäten resp. die Abhängigkeit auf fremde Hilfe zu bestimmen. Es wird jeweils eines der beiden Instrumente pro Klinik eingesetzt. Um unabhängig von der Wahl des eingesetzten Instruments (FIM[®] oder EBI) die Ergebnisqualität über alle Kliniken vergleichen zu können, wurde ein Umrechnungsalgorithmus von FIM bzw. EBI in einen gemeinsamen ADL-Score (Activities of Daily Life) entwickelt.

Messergebnisse

Zusätzlich zu den obigen Messungen werden die Partizipationsziele (Hauptziel und Zielerreichung) erfasst. Da keine klassische indirekte Veränderungsmessung möglich ist, dienen die Ergebnisse für interne Zwecke und werden nicht national publiziert.

Muskuloskelettale Rehabilitation			2016
Bethesda Spital AG			
Standardisiertes Residuum* (CI** = 95%), ADL-Score			-0.160 (-0.280 - -0.050)
Anzahl auswertbarer Fälle 2016	352	Anteil in Prozent	74.1%

* Ein Residuum von Null zeigt eine erwartete Veränderung des Gesundheitszustandes, der Funktions- oder Leistungsfähigkeit auf. Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung hin als in Anbetracht ihrer Patientenstruktur zu erwarten gewesen wäre. Negative Werte lassen eine kleinere Veränderung des Gesundheitszustandes, der Funktions- oder Leistungsfähigkeit als erwartet 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/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Wir überarbeiten unsere Prozesse in der Rehabilitation laufnd und aktualisieren sie mit allen beteiligten Stellen und Abteilungen. Damit konnten Verbesserungsmassnahmen in der Information der Patienten, Betreuung sowie bei der Behandlung umgesetzt werden.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Abteilung Rehabilitationsforschung.
--------------------------------	---

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten, die während des Erhebungszeitraums stationär behandelt wurden.
--	---------------------	--

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Medikationssicherheit

- Das Projekt läuft vom 01.07.2018-30.11.2019
- Ziel ist eine höchstmögliche Medikationssicherheit durch Gewährleistung einer systematischen Medikationsanamnese sowie laufendem Abgleich bis zum Austritt. Nach dem von der Patientensicherheit Schweiz begleiteten Pilotprojekt "progress; Sichere Medikation an Schnittstellen" wird die Vorgehensweise im Gesamtspital eingeführt.
- Das Projekt verläuft in Phasen, wobei zuerst die Umsetzung in den von Klinikärzten betreuten Disziplinen erfolgt und dann in weiteren Phasen auf die Beleg- und Kooperationsärzte erweitert wird.
- Betroffen sind die Klinikärzte, die Belegärzte, die Pflege sowie teilweise die Kooperationsärzte.
- Das Projekt steht beim Kickoff.
- Weiterführende Hinweise über: [Patientensicherheit.ch progress--Sichere-Medikation](https://www.patientensicherheit.ch/progress--Sichere-Medikation)

18.1.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ)

- Das Projekt läuft vom 01.12.2018-30.09.2019
- Ziel ist die Gestaltung und Etablierung einer prästationären Vorbesprechung mittels Definition des entsprechenden Prozesses.
- Das Projekt ist von der Gesundheitsdirektion lanciert und wird zur gleichen Zeit in allen Spitälern BS, BL und SO umgesetzt..
- Betroffen sind die Klinikärzte, die Belegärzte, die Pflege, der Roomservice, die Therapien sowie die Administration.
- Das Projekt steht in der Startphase.
- Weiterführende Hinweise über: Rahmenbedingungen für Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) 2018/2019, Gesundheitsdepartement BS

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 EFQM R4E

Projekt dauerte vom November 2017- September 2018 mit dem Ziel des Zertifikates als Grundlage für die Rezertifizierung der Swiss Leading Hospitals. Es handelte sich um ein Zertifizierungsprojekt nach dem EFQM-Modell 2013, bei dem nach der Radar-Logik bewertet wurde. Es waren alle Berufsgruppen des Spitals beteiligt.

Der Aufwand war gross, aber wir entnehmen dem Projekt klar die Stärken und Schwächen und haben somit eine gute Grundlage zur Verbesserung.

Weiterführende Unterlagen: EFQM Modell 2013

18.2.2 SLH Rezertifizierung

Bei diesem Projekt handelte es sich um ein Zertifizierungsprojekt zum Erhalt der Mitgliedschaft Swiss Leading Hospitals (SLH). Die Prüfung erfolgte mit einem Audit, in dem der gesamte Kriterienkatalog geprüft wurde.

Wir nehmen aus diesem Projekt Kenntnisse der Stärken und Schwächen und somit eine gute Grundlage zur Verbesserung mit. Gleichzeitig zeigen die Resultate einen guten Vergleich im Benchmark mit den anderen SLH-Kliniken.

Weiterführende Unterlagen: Kriterienkatalog Swiss Leading Hospitals

18.2.3 Aufbau Medizinische Services

Bei diesem Projekt handelt es sich um ein Organisationsprojekt zur Restrukturierung des Operationssaales und der Anästhesie das durch eine externe Person begleitet wurde. Das Projekt lief vom Januar 2018 bis August 2018. Per September konnte mit der neuen Struktur gestartet werden, und in der Folge werden nun diverse Prozesse überprüft. Die Aufgaben und Verantwortungen sind Personen zugewiesen und werden von der Leitung Med. Services gemanagt. Beteiligt waren alle Mitarbeitenden vom Operationssaal und der Anästhesie.

Weiterführende Unterlagen: Transformationsprozess Vision 2020, Zertifikate in den Kernbereichen, Kooperationsverträge mit anderen Spitälern

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifikat Ausbildungsklinik Innere Medizin & Frauenmedizin

Die Zertifizierung der Weiterbildungsstelle wird jeweils beim Wechsel des Leiters erneuert. In diesen Programmen sind die Eckpunkte wie die Dauer oder der Inhalt der Weiterbildung zu einem Facharztstitel geregelt. Allgemeine, für alle Facharztstitel geltende Grundsätze, etwa das Anerkennen von Weiterbildungsstätten oder das Regeln der Zuständigkeiten, sind dagegen in der Weiterbildungsordnung (WBO) enthalten. Die Leitenden der Weiterbildungsstätten wiederum sorgen dafür, dass der ärztliche Nachwuchs ihre Weiterbildung wie in den Programmen vorgeschrieben absolvieren kann.

Weiteführende Unterlagen: FMH Grundnorm der ärztlichen Weiterbildung

19 Schlusswort und Ausblick

Aufgrund der in den vergangenen Jahren erfolgten Innovationen konnten wir unsere Schwerpunkte Frauenmedizin mit dem Brustzentrum Basel am Bethesda sowie Bewegungsapparat inklusive wohnortnahe Rehabilitation durch Kooperationsverträge mit orthopädischen Kliniken der Region ausbauen und stärken. – Die Bereitstellung moderner Medizin-Technologien und Patienten-Infrastruktur sowie die Integration neuester Informations- und Kommunikations-Instrumente setzen wir als wichtige Erfolgsfaktoren ein. Im Zentrum dieser neuen Entwicklungen stehen unsere Patientinnen und Patienten, die von der verbesserten Zusammenarbeit zwischen Beleg- und Klinik-Ärzten, Pflegefachpersonen, Therapeuten und der Administration profitieren.

Einen Ausbau des Leistungsangebot konnten wir mit unserer Tochtergesellschaft - die Onko-Praxis Bethesda - realisieren. Zusätzlich entsteht ein Haus der Geburt auf dem Bethesda-Campus, welches im Mai 2019 eröffnet wird.

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
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Blut (Hämatologie)
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)

Thoraxchirurgie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und >= 2000g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und >= 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und >= 1250g)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Rehabilitation

Leistungsangebot in der Rehabilitation

Arten der Rehabilitation	
Muskuloskelettale Rehabilitation	s

a = ambulant, s = stationär

Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflgetage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebote stationäre Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Muskuloskelettale Rehabilitation	2.08	513	10174

Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre **Infrastruktur** auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patienten, da eine unmittelbarere, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.

Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.

Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, nach Bedarf mit **externen Spezialisten** zusammenzuarbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ zum Beispiel mit Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
Bethesda Spital AG		
Universitätsspital Basel	Intensivstation in akutsomatischem Spital	6 km
Universitätsspital Basel	Notfall in akutsomatischem Spital	6 km

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet
Klinik Birshof Münchenstein	Orthopädie
Merian Iselin Klinik Basel	Orthopädie
Universitätsspital Basel	Dermatologie
Kantonsspital Baselland	Urologie
Vista Klinik	Ophtalmologie
Brustzentrum Basel Bethesda Spital	Chirurgie & Onkologie Brustkrebs
Solothurner Spitäler	Frauenmedizin
Universitätsspital Basel	Orthopädie
Universitätsspital Basel	Angiologie
Universitätsspital Basel	Gastroenterologie
Universitätsspital Basel	Dialyse
Kantonsspital Baselland	Frauenmedizin

Personelle Ressourcen in der Rehabilitation

Vorhandene Spezialisierungen	Anzahl Vollzeitstellen
Bethesda Spital AG	
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	1
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	1

Spezifische Fachärzte sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

Pflege-, Therapie- und Beratungsfachkräfte	Anzahl Vollzeitstellen
Bethesda Spital AG	
Pflege	18
Physiotherapie	28
Ergotherapie	3
Ernährungsberatung	1

Die Tätigkeiten der Pflege und des therapeutischen Personals unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von den Tätigkeiten in einem akutsomatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hinweise zu den diplomierten, rehabilitationsspezifischen Fachkräften.

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/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/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 für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitätern im Kanton Bern) erarbeitet.

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/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



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 Spitätern 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**).