HIRSLANDEN

JAHRESBERICHT QUALITÄTSBERICHT 2012/13

KOMPETENZ, DIE VERTRAUEN SCHAFFT.
PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN

HIRSLANDEN
A MEDICLINIC INTERNATIONAL COMPANY

AUF EINEN BLICK

Die Privatklinikgruppe Hirslanden in Zahlen
14 Kliniken in 10 Kantonen
1600 Ärzte
7200 Mitarbeitende aus 87 Ländern, 5100 Vollzeitstellen
82000 Patienten, stationär
397000 Pflegetage*
6400 Neugeborene

Die Kliniken der Privatklinikgruppe Hirslanden in Stichworten
Systemanbieter
Erstklassige medizinische Qualität
Vernetzte spezialisierte Institute und Kompetenzzentren
Technologieführerschaft
Kompetente Pflege in wohltuender Umgebung
Individuell geprägte Kliniken
Hochqualifizierte Fachärzte mit langjähriger Erfahrung

Die Privatklinikgruppe Hirslanden in den wichtigsten Etappen

2010	Übernahme Klinik Stephanshorn, St. Gallen
2010	Erstmaliger ausführlicher Qualitätsbericht
2010	ISO-Zertifizierung abgeschlossen
2007	Übernahme durch den südafrikanischen Spitalkonzern Mediclinic International
2005	Übernahme einer weiteren Privatklinik
2002	Übernahme durch die Investorengruppe BC Partner Funds
1997–2002	Übernahme von sieben Privatkliniken
1990	Zusammenschluss von fünf Kliniken zur Privatklinikgruppe Hirslanden

*Basis Mitternachtszensus, ohne Neugeborene

INHALTSVERZEICHNIS

Editorial	**1**
Bericht der Konzernleitung	**4**
Kennzahlen	**7**
Unsere Vision	**8**
Organigramm	**9**
Gesundheitspolitik	**10**
Patientenzufriedenheit	**14**
Benchmarks	**20**
Klinikhygiene	**26**
Interview	**35**
Qualitätsmanagement	**38**
Zahlen, Daten, Fakten	**44**
Infrastruktur der Kliniken	**52**
Fachgebiete pro Klinik	**54**
Strategische Partnerschaften	**55**
Standorte Schweiz	**56**

EDITORIAL

GESCHÄTZTE FREUNDE VON HIRSLANDEN
SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN

Mit der neuen Spitalfinanzierung und -planung haben sich die Rahmenbedingungen für die Spitäler in der Schweiz seit dem 1. Januar 2012 fundamental geändert. Dank einer optimalen Vorbereitung und der guten Zusammenarbeit aller involvierten Parteien hat die Privatklinikgruppe Hirslanden die mit diesem Systemwechsel verbundenen Herausforderungen gut gemeistert. Aber nicht nur das: Auch in einem Jahr voller Neuerungen und Umstellungen konnte die Gruppe weiter wachsen. Das betrifft die stationären Behandlungen genauso wie die ambulanten. Um dieses Wachstum zu bewältigen, haben wir nicht nur viele neue Stellen besetzt und hochqualifizierte neue Belegärzte hinzugewonnen, sondern auch in grossem Umfang in Infrastruktur und Gebäude unserer Kliniken investiert. Inzwischen vertrauen zwei von fünf Patienten, die sich in der Schweiz in einer Privatklinik behandeln lassen, auf die Expertise unserer Ärzte und Spitäler. Insgesamt sind sieben von 100 Schweizer Patienten Hirslanden-Patienten.

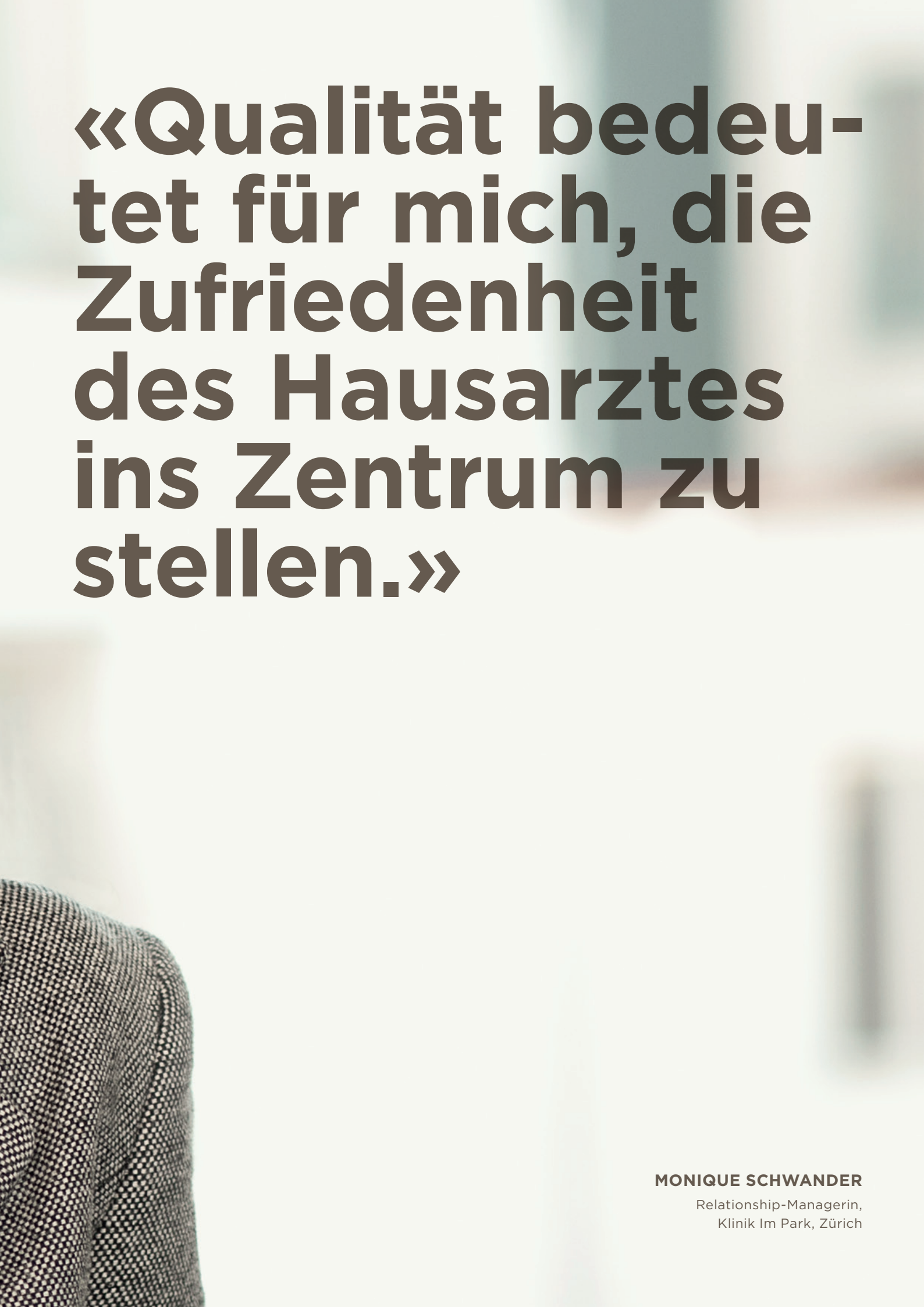
Um unsere Vorteile als grösstes medizinisches Netzwerk mit 14 Kliniken, 100 Kompetenzzentren und 1600 Belegärzten noch stärker zu nutzen, hat die Privatklinikgruppe Hirslanden im Berichtsjahr einen weiteren Entwicklungsschritt hin zu einem integrierten Spitalkonzern unternommen. Neu sind alle Corporate Services und alle Kliniken unter je einem Konzernleitungsmitglied zusammengefasst. Diese Reorganisation ermöglicht es, die Kliniken in ihrem Kerngeschäft, der erstklassigen medizinischen Versorgung, noch besser zu unterstützen und sie gleichzeitig in allen anderen Bereichen zu entlasten.

Zu den Vorteilen unserer Spitalgruppe gehört auch, dass die Patienten Hirslanden als Ganzes wahrnehmen: Sie wissen, dass Hirslanden alle relevanten Fachgebiete und hervorragende Ärzte unter einem Dach vereint und dass jede unserer Kliniken ausgezeichnete Qualität bietet. Vor diesem Hintergrund haben wir uns eine neue Vision gegeben: «Schweizweit Vertrauen geniessen und vor Ort erste Wahl sein». Ganz im Sinne dieser Vision veröffentlichen wir mit dem vorliegenden Bericht bereits zum vierten Mal die Ergebnisse unserer umfassenden Qualitätsmessungen in allen Kliniken.

Wir bedanken uns herzlich bei allen, die uns unterstützt haben – bei der Bewältigung der Herausforderungen genauso wie bei der Wahrnehmung der Chancen.

DR. OLE WIESINGER
Chief Executive Officer

«Qualität bedeutet für mich, die Zufriedenheit des Hausarztes ins Zentrum zu stellen.»



MONIQUE SCHWANDER
Relationship-Managerin,
Klinik Im Park, Zürich

BERICHT DER KONZERNLEITUNG

Die Privatklinikgruppe Hirslanden blickt auf das erste volle Geschäftsjahr unter den Bedingungen des revidierten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zurück. Dieses Jahr brachte die grössten Veränderungen im Schweizer Gesundheitswesen seit seinem Inkrafttreten im Jahre 1996 mit sich. Damit verbunden waren zahlreiche rechtliche und politische Unsicherheiten. Viele Regelungen traten provisorisch oder sehr kurzfristig – manchmal sogar rückwirkend – in Kraft. Die unternehmerische Herausforderung bestand darin, diese Veränderungen strategisch und operativ richtig zu interpretieren und dabei gleichzeitig an der Wachstumsstrategie festzuhalten. Das ist Hirslanden gelungen. Im Berichtsjahr (1.4.2012 bis 31.3.2013) zählten die 14 Hirslanden Kliniken 82 653 stationäre Patienten. Das entspricht einem Wachstum von 2.6 Prozent. Die Anzahl Pflegetage erhöhte sich in derselben Periode um 2.1 Prozent auf 396 488. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt bei 4.8 Tagen.

Der Gesamtumsatz der Privatklinikgruppe Hirslanden ist um 3.4 Prozent auf 1.314 Milliarden Franken gestiegen. Der Bereich der stationären Leistungen verzeichnete ein Umsatzwachstum von 4.7 Prozent, jener der ambulanten Leistungen liegt auf Vorjahresniveau. Die Gruppe konnte erneut mehr Mitarbeitende beschäftigen. Per Ende Berichtsjahr arbeiteten 7177 Personen für Hirslanden. Als einer der grössten Arbeitgeber im schweizerischen Gesundheitswesen engagierte sich Hirslanden wiederum stark in der Ausbildung und beschäftigte 767 Lernende und Studierende aus 29 Berufen, dies auf den Niveaus Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis, Höhere Fachschule, Fachhochschule und Nachdiplomstudium. Von den Lernenden und Studierenden stammten 624 aus Gesundheitsberufen. Dazu zählen 85 Assistenzärzte, die einen Teil ihrer Facharztausbildung an einer Hirslanden Klinik absolviert haben.

SCHLANKE ORGANISATION, SCHWEIZER REFINANZIERUNG

Um die Vorteile einer Klinikgruppe noch besser ausschöpfen zu können, entschied sich Hirslanden zu einer Anpassung der Organisation. Neu sind alle Corporate Services und alle 14 Kliniken je bei einem Konzernleitungsmitglied angesiedelt. Die Konzernleitung wurde gleichzeitig um ein Mitglied verkleinert. Ziel ist es, die administrativ tätigen Bereiche der einzelnen Kliniken durch das Head Office in Zürich weiter zu entlasten, sodass diese sich ganz auf ihre Kernaufgabe, die medizinische Leistungserbringung, konzentrieren können. Es entstehen Synergien, die alle 14 Kliniken nutzen können. Mit der neuen Struktur lassen sich die Corporate Services professionell führen. Die Muttergesellschaft Mediclinic International lebt diesen Ansatz bereits erfolgreich vor und unterstützt Hirslanden seit der Übernahme 2007 bei allen Schritten in diese Richtung. Die Neuorganisation ist auch eine wichtige Voraussetzung für weiteres erfolgreiches Wachstum. So können in Zukunft akquirierte Kliniken von den Gruppenvorteilen profitieren: Administrative und repetitive Dienstleistungen werden zentral erbracht und sind beliebig skalierbar.

Zu den Vorzügen einer Klinikgruppe gehört zudem die Möglichkeit, Netzwerke zu bilden, in denen die interdisziplinäre Zusammenarbeit und der fachliche Austausch im Bereich der Medizin gepflegt werden. Innerhalb der Hirslanden-Gruppe bestehen zahlreiche solcher Netzwerke wie zum Beispiel das Swiss Tumor Institute (STI). Es ist das grösste virtuelle Netzwerk von Onkologen in der Schweiz. Im Zusammenhang mit der umstrittenen Tätigkeit des Konkordats zur Hochspezialisierten Medizin (HSM), das im Auftrag der Kantone komplexe Verfahren an wenigen Standorten bündeln soll, können sich die Onkologen über dieses Netzwerk positionieren und dem Konkordat fachlich fundierte Standards entgegensetzen.

Dr. Ole Wiesinger
CEO

Magnus Oetiker
CSO

Dass der Privatklinikgruppe Hirslanden Vertrauen entgegengebracht wird, hat sich auch bei der Refinanzierung gezeigt, die im Herbst 2012 erfolgreich abgeschlossen werden konnte. Hirslanden hat die rekordtiefen Zinsen genutzt und die Finanzierung neu geordnet. Mit der geringeren Zinsbelastung werden finanzielle Ressourcen frei, die Hirslanden für die weitere Amortisation der Kredite einsetzt. Neu sind es fast ausschliesslich Schweizer Banken, die an der Finanzierung beteiligt sind. Mediclinic International hat zudem mit einem namhaften Betrag die Bilanz der Schweizer Gruppe gestärkt. Sowohl dieses Engagement als auch dasjenige der Schweizer Banken zeigt, dass Hirslanden und dem Konzept einer integriert arbeitenden Klinikgruppe starkes Vertrauen entgegengebracht wird.

NEUE KLINIKDIREKTOREN

Zu einer Reorganisation kam es auch bei den drei Berner Hirslanden Kliniken. Im Januar 2013 ernannte die Konzernleitung Norbert Schnitzler zum neuen Direktor des Salem-Spitals. Er ergänzt die beiden Direktoren Dr. Christoph Egger (Klinik Beau-Site) und Daniel Freiburghaus, der sich auf die Leitung der Klinik Permanence konzentriert. Damit sind die Berner Kliniken gleich organisiert wie alle andern Hirslanden Kliniken, nämlich mit einem Direktor pro Klinik. Auch die AndreasKlinik Cham Zug und die Clinique Cecil in Lausanne erhielten mit Dr. Urs Karli und Dr. Philipp Teubner je einen neuen Direktor. Die Clinique Bois-Cerf in Lausanne wird seit 1. Mai 2013 von Cédric Bossart als Direktor geleitet.

André Steiner
COO

Andreas Kappeler
CFO

GELUNGENER START IN DIE NEUE SPITALFINANZIERUNG

Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung und der dazugehörenden Leistungsabrechnung nach Fallpauschalen (DRG) hat alle Schweizer Spitäler und damit auch die Privatklinikgruppe Hirslanden vor grosse Herausforderungen gestellt. Die Umstellungen waren begleitet von den eingangs erwähnten, extern verursachten Unsicherheiten. Hirslanden war auf den Wechsel sehr gut vorbereitet, denn die 14 Kliniken gehörten schweizweit zu den ersten, die ihre Leistungen nach dem neuen System abgerechnet haben. Im Zusatzversicherungsbereich (VVG) konnte Hirslanden mit allen Partnern Verträge abschliessen und die Zusammenarbeit mit einigen Versicherern vertiefen. Im Bereich der Grundversicherung (KVG) bestehen weitaus grössere Unsicherheiten: Viele Kantone haben die Tarife erst provisorisch festgesetzt. Es stellt sich als äusserst schwierig dar, auf dieser unsicheren Basis Erträge zu budgetieren. Immerhin erweist sich das System der Fallpauschalen als nützliches Instrument, weil es transparente Kennzahlen liefert und so Budgetierung und Kostenträgerrechnung vereinfacht.

FOKUS AUF PRIVATPATIENTEN

Hirslanden hat bereits vor dem Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung gruppenweit gut einen Drittel Patienten behandelt, die nicht zusatzversichert sind. Dieser Anteil ist weiter gestiegen (aktuell liegt er bei 36 Prozent), da 13 von 14 Hirslanden Kliniken auf den Spitallisten aufgeführt sind. Nach wie vor positioniert sich aber die Privatklinikgruppe Hirslanden als führender Leistungserbringer im Zusatzversicherungsgeschäft. Die Leistungsdifferenzierung gegenüber Mitbewerbern und innerhalb der Versicherungsklassen ist dabei von zunehmender Bedeutung. Hirslanden definiert die Qualitätsführerschaft – und damit die Marktdifferenzierung – dual: einerseits über die medizinischen Leistungen, andererseits über die Betreuung und Pflege auf höchstem Niveau. Zu diesem hohen Qualitätsanspruch zählen unter anderem ein schneller Zugang zu einer Behandlung, Technologieführerschaft, die besten Fachspezialisten und ein messbar exzellenter Service. Um weiterhin den Mehrwert einer Privatversicherung und damit die Differenzierung innerhalb der Versicherungsklassen erlebbar zu machen, ohne die medizinische Qualität zu differenzieren, hat Hirslanden einen Relaunch des Programms «Hirslanden Privé» lanciert. Damit können alle Klinikabteilungen, die mit den privat versicherten Patienten in Kontakt stehen, eine individuelle Betreuung anbieten – ausgerichtet auf ihre individuellen Bedürfnisse.

INVESTITIONEN UND BAUPROJEKTE

Für den Erhalt der Qualitätsführerschaft bedarf es unter anderem Investitionen in die Instandhaltung, die Wieder- und Neubeschaffung sowie in Erweiterungsprojekte und Neubauten. Hirslanden investiert jedes Jahr rund 10 Prozent des Umsatzes in solche Projekte. Gerade im Bereich der Spitzenmedizin ist es entscheidend, Strukturen auf höchstem Niveau zu erhalten und vor allem auch auszubauen, um für die besten Fachkräfte der relevante Arbeitgeber und Partner zu sein. Das grösste Bauprojekt der Gruppe und das wohl beste Beispiel dieser Strategie, der Enzenbühltrakt der Klinik Hirslanden in Zürich, konnte im Geschäftsjahr 2012/13 weitgehend fertiggestellt werden. Die Eröffnung fand im Mai 2013 statt. Der Neubau umfasst auf rund 2 500 m^2 Arztpraxen und spezialisierte Kompetenzzentren, eine moderne Intensivstation und Operationssäle. Zusatzversicherten Patienten stehen 69 zusätzliche, grosszügige Einbett- und 12 Zweibettzimmer mit einem gehobenen Ausbaustandard zur Verfügung. Auf der obersten Ebene befindet sich eine reine Privatabteilung. Nebst 23 Einbettzimmern befindet sich dort eine Lounge für Patienten und ihre Gäste. Der Neubau ist nicht einfach nur state-of-the-art, was den Komfort und die Betreuung anbelangt – mit dem Enzenbühltrakt einher geht eine ganze Reihe von Kompetenzzentren und interdisziplinären Teams, was die Klinik Hirslanden noch mehr zu einer Privatklinik mit universitärem Charakter macht.

Die Klinik Stephanshorn, die 2010 in die Gruppe integriert wurde, eröffnete im September 2012 nach rund 6-monatiger Bauzeit ein Gesundheitszentrum. Es besteht aus fünf Praxen – vier Belegarzt-Praxen für Orthopädie, Wirbelsäulenchirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie sowie einer Hausarztpraxis mit Walk-in-Notfall. Im Juli 2013 folgt die Eröffnung der nach neusten Standards erbauten Intensivpflegestation (IPS). Mit diesem Angebot baut die Klinik Stephanshorn ihre Stellung als Qualitätsführerin und grösste Privatklinik der Ostschweiz weiter aus. Vor allem mit der Schaffung einer IPS erfüllt die Klinik Stephanshorn eine wichtige Voraussetzung, um auf der Spitalliste bestimmte Leistungsaufträge zu bekommen. Die Spitalliste im Kanton St. Gallen wird voraussichtlich anfangs 2014 in Kraft treten.

Hirslanden investiert auch in den Strukturerhalt und in innovative Medizintechnik. So wurden in der Klinik St. Anna in Luzern in den letzten drei Jahren rund 70 Zimmer renoviert. Bis 2015 werden alle Pflegestationen der Kliniken auf dem neusten Stand sein. Sowohl am Institut für Radiotherapie an der Klinik Hirslanden in Zürich als auch am Institut für Radio-Onkologie an der Clinique Bois-Cerf in Lausanne wurde ein TrueBeam-Linearbeschleuniger zur Behandlung von Krebstumoren installiert. Das Hightechgerät erlaubt neben konventioneller Bestrahlung auch stereotaktische Radiotherapie mit einer Genauigkeit von unter einem Millimeter. Am Urologie-Zentrum in der Berner Klinik Beau-Site wurde im Frühling 2012 der da-Vinci-Roboter in Betrieb genommen. Er ist gruppenweit bereits der Dritte seiner Art nebst dem System in der Klinik Hirslanden in Zürich und in der Hirslanden Klinik Aarau.

NÄHER AN DEN PATIENTEN

Die erwähnten Projekte sichern der Privatklinikgruppe die Qualitätsführerschaft. Die medizinisch hochstehende Versorgung und die erstklassige Betreuung sollen – das ist Teil der Gruppenstrategie – in Zukunft noch näher an die Patienten geführt werden. Mit dem bereits bestehenden Zentrum am Bahnhof Luzern und dem Gesundheitszentrum bei der Klinik Stephanshorn in St. Gallen erweitert Hirslanden das medizinische Angebot um den ambulanten Bereich. Die Patienten erhalten schnelleren Zugang und sind in ihrem Alltag näher an der Versorgung durch Hirslanden-Kliniken. Gleichzeitig wird es für Belegärzte einfacher, ihre Patienten zu erreichen. So kann Hirslanden eine integrierte ambulante und stationäre Medizin aus einer Hand anbieten.

Ein ambulantes Gesundheitszentrum mit Grundversorgern, Spezialisten und einer Notfallsprechstunde von 7 bis 21 Uhr eröffnet Hirslanden nun auch am Bahnhof Bern. Es ist seit Herbst 2012 im Bau und wird im August 2013 unter dem Namen «Praxiszentrum am Bahnhof Bern» seinen Betrieb aufnehmen. Neben dem ärztlichen Angebot umfasst es ein physiotherapeutisches Zentrum sowie Röntgen- und Labordiagnostik. Zudem wird das Zentrum allen Frauen zwischen 50 und 69 Jahren die Möglichkeit bieten, alle zwei Jahre zu Lasten der Grundversicherung eine Mammographie durchführen zu lassen (Screening-Programm der bernischen Krebsliga).

VORTEILE FÜR BEIDE SEITEN: PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIPS

Die Gruppenvorteile – zentrale Administration, medizinische Versorgung in der Klinik – kommen in Zukunft nicht nur den eigenen Hirslanden Kliniken zugute. Mit «Public Private Partnership»-Projekten (PPP) können öffentliche Spitäler und die Hirslanden-Gruppe zu Partnern in ganz konkreten Bereichen werden. Hirslanden profitiert von der Nähe der regionalen Partner und von der bestehenden medizinischen Infrastruktur – und das Regionalspital, das in öffentlicher Hand bleibt, nutzt die zentral zur Verfügung gestellten Dienstleistungen und die Erfahrung von Hirslanden. Hirslanden sucht aktiv solche Möglichkeiten der Zusammenarbeit. Ein aktuelles PPP-Projekt ist das Hirslanden Radiotherapiezentrum am Spital Männedorf, das sich seit Anfang 2013 im Bau befindet und 2014 eröffnet werden wird.

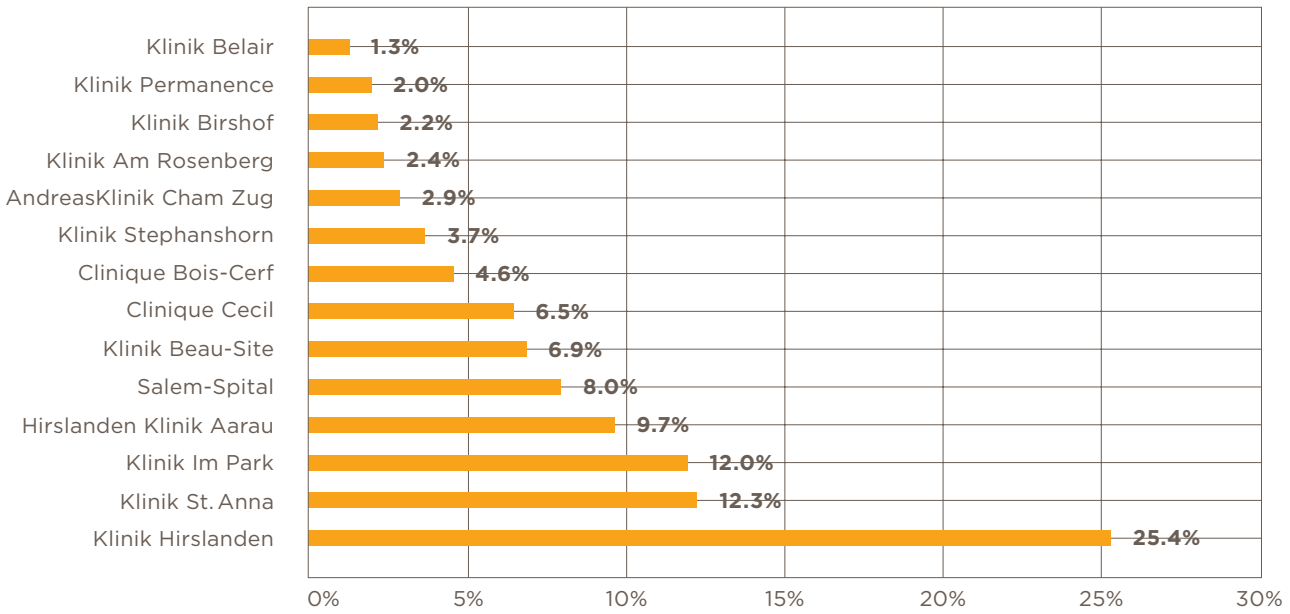
KENNZAHLEN

DIE WICHTIGSTEN KONSOLIDIERTEN KENNZAHLEN FÜR 2012/13 MIT DEN ENTSPRECHENDEN VERGLEICHSWERTEN DER VERGANGENEN JAHRE

	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	**2012/13**	**Veränderung zu 2011/12 in %**
Patienten						
Patienten, Wöchnerinnen[1]	73 167	73 582	77 643	80 588	**82 653**	2.6%
Pflegetage[2]	360 121	361 564	381 995	388 288	**396 488**	2.1%
Aufenthaltsdauer	4.9	4.9	4.9	4.8	**4.8**	-0.4%
Umsatz						
Umsatz total (in CHF Mio.)	1 091	1134	1 218	1 270	**1 314**	3.4%
Umsatz stationäre Leistungen (in CHF Mio.)	821	859	929	965	**1 010**	4.7%
Umsatz ambulante Leistungen (in CHF Mio.)	216	218	230	240	**241**	0.0%
Übriger Betriebsertrag (in CHF Mio.)	54	56	59	64	**63**	-2.5%
Personal						
Durchschnittliche Anzahl Vollzeitstellen[3]	4 170	4 344	4 576	4 905	**5 065**	3.3%

1 Stationäre Eintritte, ohne Neugeborene
2 Basis Mitternachtszensus, ohne Neugeborene
3 Lernende, Studierende & Praktikanten einheitlich gewichtet, inkl. angestellte Ärzte

BETRIEBSERTRAG JE KLINIK AM TOTAL 2012/13



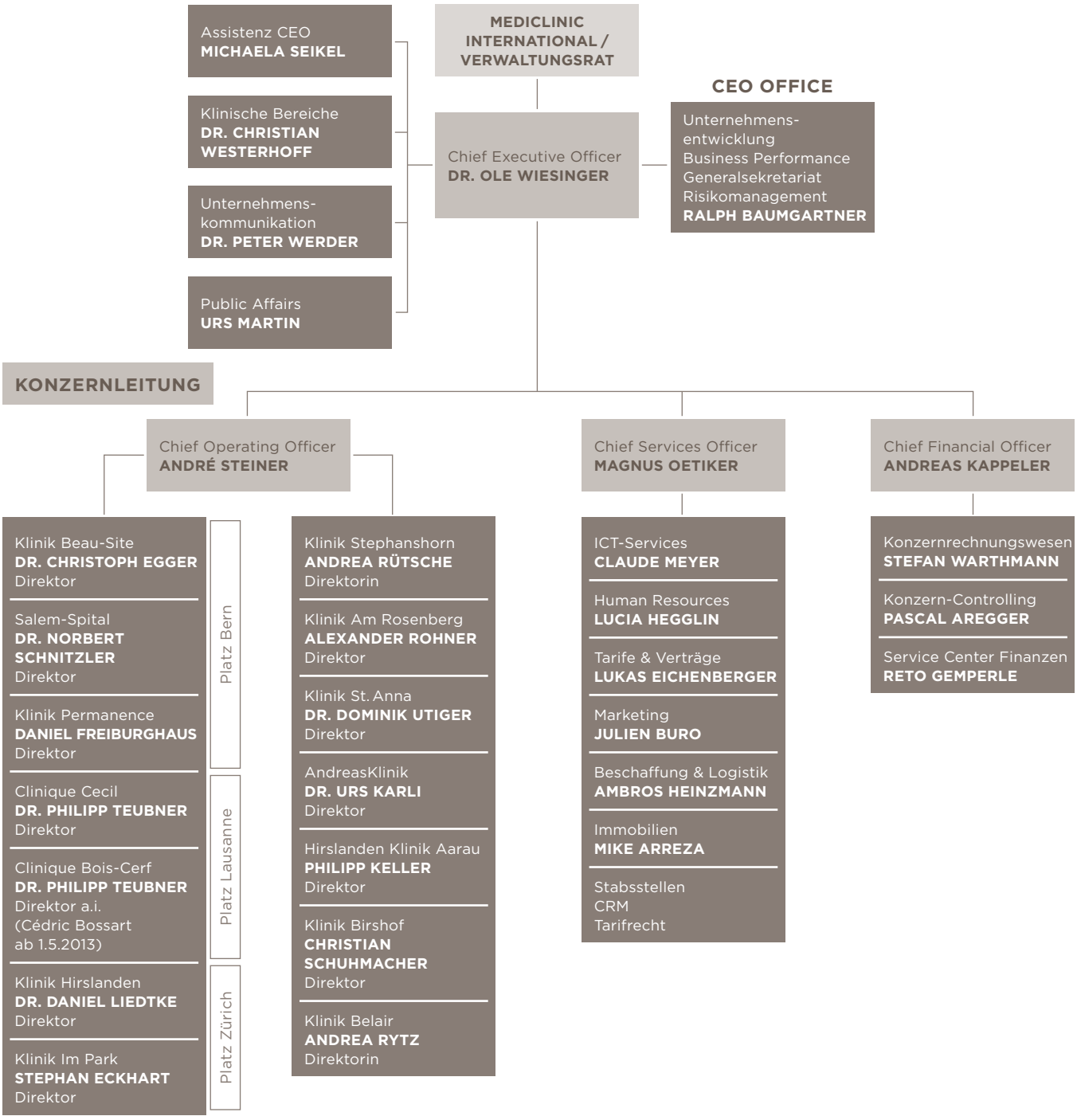
UNSERE VISION

SCHWEIZWEIT VERTRAUEN GENIESSEN UND VOR ORT ERSTE WAHL SEIN

Wir geniessen schweizweit Vertrauen, weil wir messbar höchste Qualität erbringen und alle unsere Tätigkeiten konsequent auf die Bedürfnisse unserer Patienten ausrichten. Als grösster Anbieter medizinischer Leistungen vereinen wir alle relevanten Fachgebiete und die besten Ärzte unter einem Dach. Wir handeln verantwortungsvoll und nachhaltig. Damit sichern wir langfristig unser erfolgreiches Wachstum in der Schweiz und tragen dazu bei, dass Mediclinic International weltweit eine Spitzenposition im Gesundheitswesen einnimmt.

Vor Ort sind wir die erste Wahl, weil wir unsere Patienten exzellent betreuen, lokal in der Gesellschaft verankert sind und als attraktiver Arbeitgeber qualifizierte und loyale Mitarbeitende fordern und fördern. Wir pflegen ein enges partnerschaftliches Verhältnis zu den Ärzten und unterhalten wertvolle Beziehungen zu allen Anspruchsgruppen.

ORGANIGRAMM



Stand: 31.3.2013

DIE GESUNDHEITSPOLITIK BLEIBT IN BEWEGUNG

Obwohl die Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 über weite Strecken in geordneten Bahnen verlief, blickt die Privatklinikgruppe Hirslanden auf ein gesundheitspolitisch bewegtes Geschäftsjahr zurück. Das betrifft neben kantonalen Umsetzungen der Revision insbesondere den Vergabeprozess im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM). Dass die eingeschlagene Richtung korrigiert und der Vergabeprozess auf eine objektive Basis gestellt wird, ist nicht nur für die Privatklinikgruppe Hirslanden und viele weitere öffentliche und private Spitäler von grosser Bedeutung, sondern auch für unzählige Patienten.

HOCHSPEZIALISIERTE MEDIZIN

Das Krankenversicherungsgesetz sieht für die hochspezialisierte Medizin (HSM) eine gesamtschweizerische Planung vor. Zu diesem Zweck haben im Frühjahr 2008 alle Kantone die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) unterzeichnet, die die HSM an definierten Standorten konzentrieren soll. In den zuständigen Fach- und Beschlussorganen ist die Privatmedizin nicht vertreten. Das hat von Beginn weg Anlass zur Befürchtung gegeben, dass die öffentlichen, insbesondere universitären Spitäler bei der Planung der HSM bevorzugt würden. Bei der Neurochirurgie und der Viszeralchirurgie haben sich diese Befürchtungen zum Teil bereits bestätigt. Neuerdings werden sogar Leistungen und Krankheitsbilder zur HSM gerechnet, die nach den Kriterien der IVHSM (u. a. Seltenheit und Komplexität der Diagnostik und Behandlung) nicht dazugehören. So wurden mehr oder weniger willkürlich zwölf onkologische Krankheitsbilder ausgewählt, deren Diagnostik und Therapie künftig nur noch an sieben (öffentlichen) Spitälern zentral durchgeführt werden sollen. Begründet haben die HSM-Gremien diesen Schritt damit, dass die onkologische Behandlung aufgrund der föderalen und dezentralen Strukturen in der Schweiz heute unzureichend sei. Für diese Behauptung gibt es keine wissenschaftliche Evidenz. Studien haben gezeigt, dass die medikamentöse Behandlung von Krebspatienten ausserhalb von Ballungszentren keinen Nachteil bedeutet. Gerade die Zentralisierung würde die Behandlungsqualität erheblich beeinträchtigen, da die Patienten lange Anfahrtswege in Kauf nehmen müssten. Ausserdem steht die Schweiz im europäischen Vergleich qualitativ sehr gut da. Vor diesem Hintergrund erstaunt es nicht, dass sich unter Onkologen und Radio-Onkologen ein erheblicher Widerstand gegen das fragwürdige Vorgehen der HSM-Gremien formiert hat. Sie wehren sich ebenfalls gegen die Tendenz, auch die ambulante Versorgung zu planen und zu zentralisieren.

UMSETZUNG DER SPITALFINANZIERUNG IN DEN KANTONEN

Im Berichtsjahr konnte die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung auf Gesetzesebene in den meisten Kantonen abgeschlossen werden. Als grösste Herausforderung für Privatkliniken erwies sich dabei die Volksabstimmung vom 17. Juni 2012 im Kanton Zürich über den «Zukunfts- und Stützungsfonds». Die Vorlage wie auch der Gegenvorschlag wurden vom Zürcher Stimmvolk erfreulicherweise verworfen. Bei einer Annahme des Fonds wären 20 Prozent der Erträge aus dem Zusatzversicherungsgeschäft zugunsten anderer Spitäler umverteilt worden. Im Rahmen der Umstellung von der Objekt- zur Subjektfinanzierung wäre das systemwidrig gewesen: Denn heute werden nicht mehr die Spitäler finanziert, sondern die Behandlungen der Patienten.

Noch nicht abgeschlossen ist die Umsetzung der KVG-Reform im Kanton Bern. Der Regierungsrat verabschiedete trotz erheblicher Kritik in der Vernehmlassung eine gesetzliche Vorlage, die stark von den Prinzipien einer staatlichen Planung geprägt war. Im Grossen Rat konnten wichtige Punkte korrigiert werden, ein Umverteilungsfonds wie in Zürich wurde aus dem Gesetz gestrichen. Einiges

ist zum Zeitpunkt der Drucklegung noch offen und umstritten, so auch die Ergebnisse der Spitalplanung. Wie schon die Spitallisten aus den Jahren 2010 und 2011 erwies sich auch die Spitalliste 2012 als untauglich. Aus diesem Grund haben die Berner Privatspitäler zusammen mit einem öffentlichen Regionalspital beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde eingereicht. Damit gilt für die Berner Hirslanden Kliniken bis auf Weiteres die Spitalliste aus dem Jahr 2005.

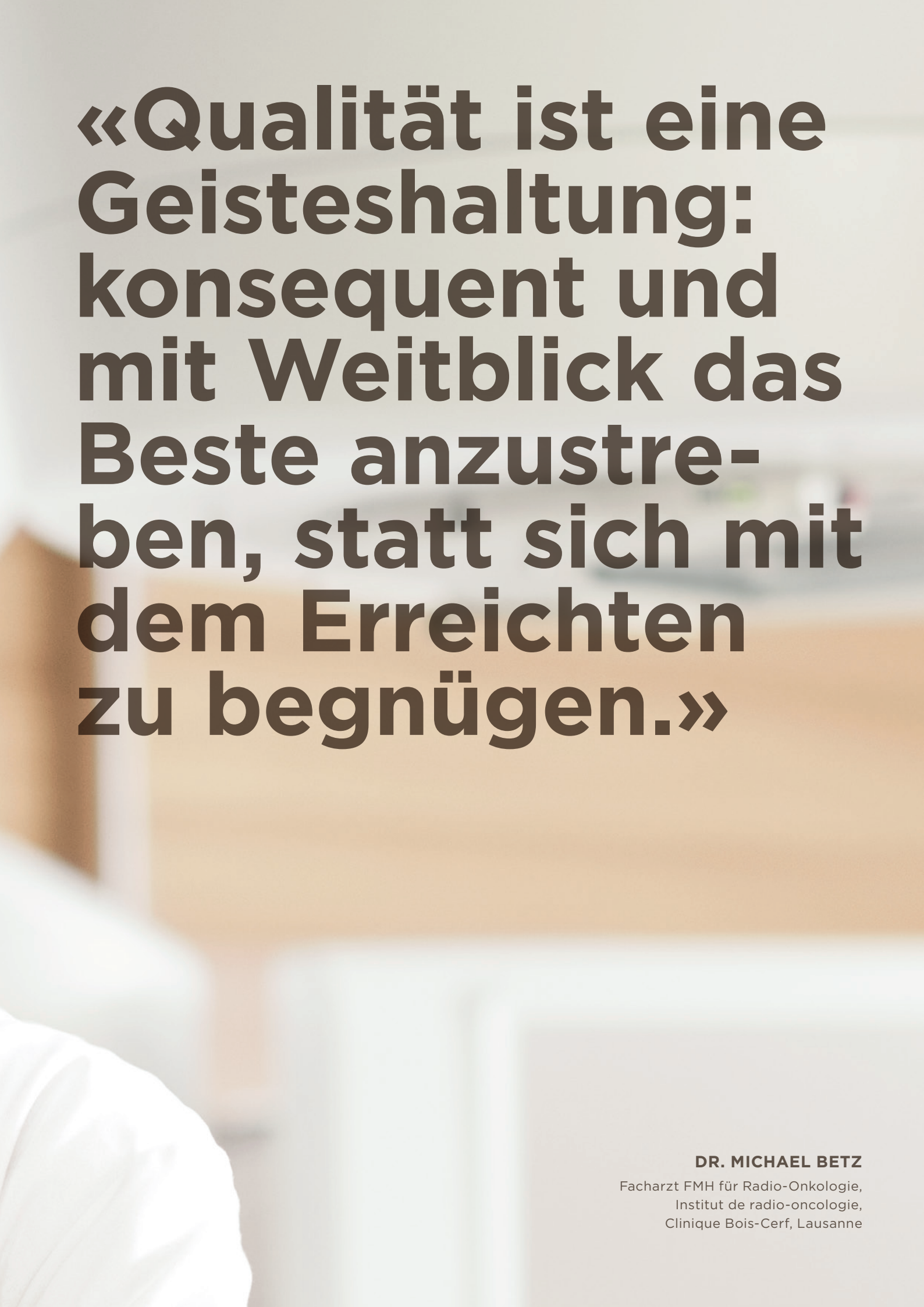
Zu den Kantonen, in denen noch keine Spitalliste verabschiedet worden ist, gehört auch der Kanton St. Gallen. Er nutzt die im revidierten KVG vorgesehene Übergangsfrist und plant, seine Spitalliste am 1. Januar 2014 in Kraft treten zu lassen.

TARIFE
Auch nachdem die Gesetze zur kantonalen Umsetzung der KVG-Reform in der Mehrheit der Kantone in Kraft sind, bleibt die Spitalfinanzierung eine Herausforderung. Das betrifft an erster Stelle die Frage der Tarifhöhe. In einigen Fällen sind zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern keine Verträge zustande gekommen, sodass die jeweiligen Kantone die Tarife in sogenannten Festsetzungsverfahren bestimmen mussten. Dabei, wie bei der Genehmigung der vertraglich ausgehandelten Tarife, berücksichtigten die Kantone auch die Empfehlungen des Preisüberwachers. Seine Tarifvorschläge sind aber derart weit unter den Verhandlungsergebnissen, dass die Spitäler damit kaum existieren können. Hinzu kommt, dass er immer noch von einer Kosten- anstelle der im Gesetz vorgesehenen Preisbetrachtung ausgeht. Dies führt dazu, dass einige Kantone ihre eigenen Spitäler mit im KVG nicht vorgesehenen Subventionen alimentieren, um deren Überleben sicherzustellen. Dies verzerrt den Wettbewerb und widerspricht dem Willen des Gesetzgebers. Das Bundesparlament hatte einen Spitalmarkt vorgesehen, der auf einem Wettbewerb in Qualität und Wirtschaftlichkeit basiert und in dem sämtliche Listenspitäler – öffentliche wie private – in fairer Konkurrenz zueinander stehen.

ZULASSUNGSSTOPP
Als belegärztlich organisierte Klinikgruppe arbeitet Hirslanden mit über 1600 niedergelassenen Spezialärzten zusammen. Mit ihrer Tätigkeit an den 14 Hirslanden Kliniken leisten sie einen massgeblichen Beitrag zur qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Aus diesem Grund bedauert Hirslanden, dass die eidgenössischen Räte im Begriff sind, auf Mitte Jahr eine Neuauflage des Zulassungsstopps einzuführen, was die Gefahr einer Ungleichbehandlung der Leistungserbringer vergrössert. Noch verschärft würde diese Entwicklung durch die Einführung einer Einheitskrankenkasse. Dann erhielten die Kantone neben ihren Rollen als Spitallistenersteller, Spitalbesitzer, Spitalfinanzierer und Tarifbeschwerdeinstanz nämlich noch eine weitere Kompetenz: Sie würden entweder zum alleinigen Tarifpartner oder aber zur Instanz, die die Tarifpartner bestimmt und beaufsichtigt. Eine zusätzliche Gefahr in dieser Beziehung sind die Absichten des zuständigen Bundesamtes, die Planung der Kantone im ambulanten Bereich auszuweiten. Auch dies würde zu einer weiteren Verschärfung der kantonalen Rollenkonflikte führen.

So bleibt die Gesundheitspolitik in Bewegung. Hirslanden wird sich auch künftig dafür einsetzen, dass die Intention des Gesetzgebers Wirklichkeit wird: den Wettbewerb zu stärken und dadurch die Qualität wie die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems zu erhöhen – im Interesse von Patienten und Prämienzahlenden.

URS MARTIN
Leiter Public Affairs



«Qualität ist eine Geisteshaltung: konsequent und mit Weitblick das Beste anzustreben, statt sich mit dem Erreichten zu begnügen.»

DR. MICHAEL BETZ
Facharzt FMH für Radio-Onkologie,
Institut de radio-oncologie,
Clinique Bois-Cerf, Lausanne

PATIENTENZUFRIEDENHEIT

AUF DEN FOLGENDEN SEITEN PUBLIZIERT UND ERLÄUTERT DIE PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN ZUM VIERTEN MAL DIE ERGEBNISSE IHRER UMFANGREICHEN QUALITÄTSMESSUNGEN. MIT AUSNAHME DER GROSSEN UNIVERSITÄTSSPITÄLER GIBT ES NUR WENIGE SPITALUNTERNEHMEN, DIE QUALITÄTSDATEN DERART TRANSPARENT VERÖFFENTLICHEN. DIE GESAMTQUALITÄT EINES LEISTUNGSERBRINGERS WIE DER PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN ERGIBT SICH AUS DER SUMME VIELER TEILQUALITÄTEN. ZU DIESEN ZÄHLT INSBESONDERE DAS BREITE AUFGABENSPEKTRUM DER PFLEGE. JEDEM KAPITEL IST EIN KURZER BERICHT VORANGESTELLT, DER DIE VERSCHIEDENEN QUALITÄTSTHEMEN AUS SICHT DER PFLEGE BELEUCHTET.

MIT DEM PATIENTEN IN BEZIEHUNG TRETEN
ERLEBNIS HIRSLANDEN (1/4)

Seit Kurzem ziert die Planungstafel der Station B1 an der Luzerner Klinik St. Anna eine zusätzliche Spalte: «Bezugspflegekraft» steht darüber. Die gemischte Station ist bereits die zweite, die an der Klinik St. Anna die patientenbezogene Pflege praktiziert. Letztes Jahr führte eine Pilotstation diese ein, in Zukunft soll die patientenbezogene Pflege als Teil des neuen Hirslanden-Pflegekonzepts gruppenweit eingesetzt werden.
Worum geht es? «Um Menschlichkeit, darum, mit dem Patienten in Beziehung zu treten», sagt Claudia Imbery, Pflegeexpertin der Klinik St. Anna und mitverantwortlich für die Implementierung und Begleitung des Projekts. Aus zahlreichen Studien, aber auch aus eigener Erfahrung als Pflegefachfrau weiss sie: Der Erfolg der medizinischen Behandlung allein ist kein Garant für die Patientenzufriedenheit. «Was vielen Patienten mit langem, krisenhaftem Spitalaufenthalt fehlt, ist eine Bezugsperson auf der Station», sagt sie.
Die patientenbezogene Pflege ist ein Instrument, um eine solche Person klar zu benennen. Früher wurde eine Beziehung meist intuitiv hergestellt, heute herrscht Verbindlichkeit. Konkret: Die Bezugspflegeperson verantwortet nicht nur Planung und Durchführung der pflegerischen Massnahmen, sondern ist auch erste Ansprechpartnerin, wenn es um medizinische, organisatorische oder psychosoziale Probleme von Patienten und Angehörigen geht. Die Bezugspflegekraft versteht sich als Kommunikatorin zwischen Patient, Ärzten, Therapeuten, Angehörigen oder auch nachbetreuenden Institutionen wie der Spitex.
Um das Konzept patientenbezogene Pflege praxisnah und effizient umzusetzen, wurde nach dem Pilotjahr 2012 ein Kriterienraster formuliert: Beispielsweise ziehen lange Spitalaufenthalte in Kombination mit schweren Krankheiten und Krisen oder einer negativen Neudiagnose automatisch das Bezugspflegesystem nach sich.
Kürzlich bedankte sich eine ältere Patientin, der zwei Hüftprothesen in der Klinik St. Anna eingesetzt wurden, mit einer Karte bei der Station B1. «Frau Meier* hat mich mit ihrer Equipe hervorragend betreut», schrieb sie. Diese Personalisierung – das ist patientenbezogene Pflege.

*Name der Redaktion bekannt.

QUALITÄTSSTRATEGIE UND QUALITÄTSMANAGEMENT

Die Privatklinikgruppe Hirslanden positioniert sich auf dem Schweizer Gesundheitsmarkt über ihre Qualitätsführerschaft. Um diese Position kontinuierlich auszubauen, betreibt Hirslanden seit Jahren ein systematisches und umfassendes Qualitätsmanagement. Die Grundlage dazu bildet die fortlaufende Erhebung und jährliche Veröffentlichung zahlreicher klinischer Kennzahlen. Die Indikatorensysteme zur Qualitätsmessung wurden über Jahre hinweg entwickelt und haben sich in der Praxis bewährt. Damit vergleicht die Hirslanden-Gruppe ihre 14 Kliniken untereinander und analysiert, wie sich deren Qualität über die Zeit entwickelt. Darüber hinaus werden die Ergebnisse auch gesamtschweizerischen Durchschnittswerten und europäischen Benchmarks gegenübergestellt.

Die Qualitätsmessung und die Veröffentlichung der Ergebnisse dienen dem Ziel, den Patientennutzen laufend zu erhöhen. Dies wird dadurch erreicht, dass die gewonnenen Erkenntnisse zur Grundlage von konkreten Optimierungsmassnahmen in der täglichen Klinikarbeit gemacht werden. Das setzt voraus, dass die Erhebung der Qualitätsdaten Teil eines Systems ist, das einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess ermöglicht. Zu diesem System gehören bei Hirslanden verschiedene Gremien, die für das Qualitätsmanagement und seine Weiterentwicklung verantwortlich sind. Neben einer interprofessionell zusammengesetzten Qualitätskommission existiert an jedem der 14 Standorte eine Kommission für Hygiene und eine für die Bearbeitung von Beinahefehlern (CIRS), zu deren

DIE KLINIK ST. ANNA FÜHRTE 2012 IN EINER PILOTPHASE DIE PATIENTEN-BEZOGENE PFLEGE EIN, IN ZUKUNFT SOLL SIE ALS TEIL DES NEUEN HIRSLANDEN-PFLEGEKONZEPTS GRUPPENWEIT EINGESETZT WERDEN.

Erfassung ein systematisches Meldesystem etabliert wurde. Die Bewertung der Arbeit dieser Kommissionen gehört zu den Schlüsselindikatoren (Key Performance Indicators – KPI), die innerhalb der Privatklinikgruppe Hirslanden erhoben werden. Jede Klinik ist dazu angehalten, jährlich einen internen Qualitätsbericht zu erstellen, der die Fortschritte in den erwähnten Bereichen (Qualitätsmanagement, Hygiene, Beinahefehler-Meldesystem) dokumentiert. Darüber hinaus nutzt Hirslanden gruppenweite Synergien und fördert die Orientierung an der jeweiligen «Best Practice». Zu diesem Zweck wurde eine Reihe von Strukturen im Qualitätsmanagement etabliert. Im Zentrum steht dabei der intensive und systematische Erfahrungsaustausch zwischen den Kliniken. Gemanagt wird er von den «Klinischen Bereichen» des Head Office. Die oben genannten Gremien bilden hierzu klinikübergreifende Arbeitsgruppen, die in regelmässigen Abständen zusammenkommen. Dasselbe gilt auch für die Codierenden und für die Verantwortlichen der Aus- und Weiterbildung. Ein solcher gruppenweiter Abstimmungsprozess garantiert ein einheitliches und gemeinsames Vorgehen. Die einzelnen Arbeitsgruppen können zusammen mit den Klinischen Bereichen der Konzernleitung konkrete Verbesserungsvorschläge unterbreiten, die bei Zustimmung in allen Kliniken umgesetzt werden.

Strukturen und Abläufe des Qualitätsmanagements der Privatklinikgruppe Hirslanden und ihrer Kliniken sind massgeblich durch die ISO-Norm 9001:2008 geprägt. Die starke Prozessorientierung bildet ihrerseits den Rahmen für die Ausrichtung der Gruppe sowie der einzelnen Kliniken auf das Modell der Business Excellence der European Foundation for Quality Management (EFQM).

QUALITÄTSMESSUNG UND -VERBESSERUNG IM SCHWEIZER GESUNDHEITSWESEN

Die Privatklinikgruppe Hirslanden will mit der vorliegenden Publikation der Messergebnisse und ihrer Erläuterung den Patienten und den zuweisenden Ärzten eine solide Entscheidungsgrundlage bieten. Gleichzeitig soll der Bericht einen substanziellen Beitrag zur öffentlichen Diskussion leisten, die in der Schweiz über die Qualität im Gesundheitswesen geführt wird. Mit ihrem Anspruch auf Qualitätsführerschaft unterstützt die Privatklinikgruppe Hirslanden die verschiedenen Bestrebungen zur Qualitätsverbesserung und engagiert sich unter anderem im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). Der Verein wird vom Spitalverband H+, den Kantonen, dem Branchenverband der Krankenversicherer (santésuisse) und den Eidgenössischen Sozialversicherern getragen. Der ANQ sorgt für eine einheitliche Messung der Ergebnisqualität in den Spitälern. Ziel ist es, mit der Dokumentation der Qualität eine Grundlage für ihre Verbesserung zu schaffen. Die Privatklinikgruppe Hirslanden beteiligt sich mit allen ihren Kliniken an den Messungen des ANQ, wie sie von den Spitälern mit Leistungsauftrag für die Behandlung von Grundversicherten im Übrigen auch verlangt werden. Das Messprogramm des ANQ erweist sich als gut integrierbar in das seit Jahren bestehende Qualitätsmanagement von Hirslanden.

Der aktuelle ANQ-Messplan in der Akutsomatik umfasst die folgenden Indikatoren:

- Rehospitalisationsrate (nach SQLape)
- Reoperationsrate (nach SQLape)
- Postoperative Wundinfektionen (mit Swissnoso)
- Patientenzufriedenheit
- Prävalenzmessung Dekubitus (nach LPZ)
- Prävalenzmessung Sturz (nach LPZ)
- Implantatregister SIRIS

Das Messprogramm des ANQ ist ein begrüssenswerter Schritt in Richtung einer schweizweiten Vergleichbarkeit der Qualität von Spitälern. Bis eine saubere Vergleichsbetrachtung möglich ist, braucht es allerdings noch einige Erfahrung mit der Erhebung einzelner Indikatoren. Ausserdem stecken die Messungen teilweise noch in den Kinderschuhen und bedürfen einer weiteren Verfeinerung. Das gilt namentlich für die Ermittlung der Rehospitalisationsrate und der Reoperationsrate nach der Methode SQLape. Diese beruht auf einem wenig transparenten Algorithmus, der nicht mehr aktuell ist, weil er anhand von Datensätzen erstellt wurde, die sich mit den heutigen Daten nicht vergleichen lassen. Nur bedingt aussagekräftig sind auch die Prävalenzmessungen Dekubitus und Sturz, bei denen an einem Stichtag alle Patienten mit Dekubitusvorkommnissen und Sturzerlebnissen registriert werden. An solchen Messungen des Ist-Zustandes nehmen in der Regel nur wenige Patienten teil, sodass das Ergebnis statistisch kaum belastbar wird. Bei den Indikatoren Sturz und Dekubitus sowie Reoperation und Rehospitalisation stützt sich die Privatklinikgruppe Hirslanden deshalb auch auf die Messungen des International Quality Indicator Project (IQIP). Sie ermöglichen eine kontinuierliche Messung und machen damit die Wirksamkeit von Verbesserungsmassnahmen sichtbar (vgl. Seite 20).

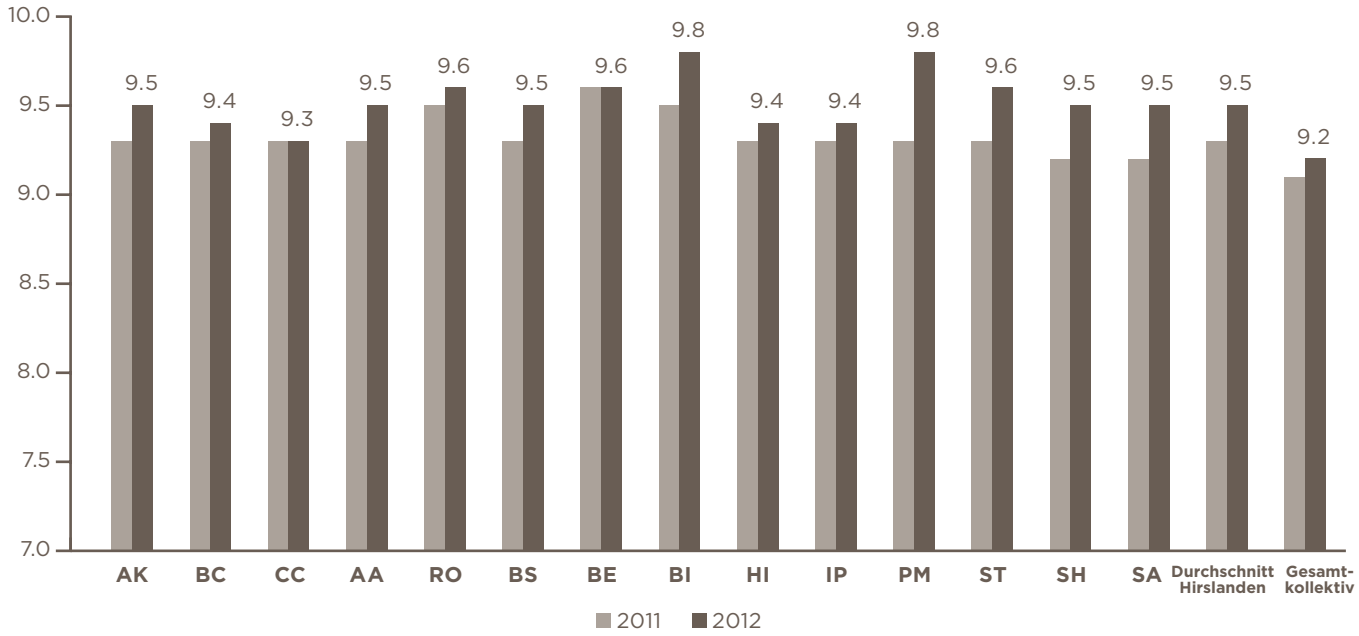
NATIONALE PATIENTENBEFRAGUNG

Die Patientenzufriedenheit in den Schweizer Spitälern misst der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) anhand der «Nationalen Patientinnen- und Patientenbefragung». Sie ist ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans und setzt sich aus fünf Fragen zusammen:

1. Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?
2. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?
3. Wenn Sie Fragen an einen Arzt oder eine Ärztin stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?
4. Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?
5. Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthalts mit Respekt und Würde behandelt?

AA Hirslanden Klinik Aarau
BS Klinik Beau-Site, Bern
PM Klinik Permanence, Bern
SA Salem-Spital, Bern
AK AndreasKlinik Cham Zug
RO Klinik Am Rosenberg, Heiden
BC Clinique Bois-Cerf, Lausanne
CC Clinique Cecil, Lausanne
ST Klinik St. Anna, Luzern
BI Klinik Birshof, Münchenstein Basel
BE Klinik Belair, Schaffhausen
SH Klinik Stephanshorn, St. Gallen
HI Klinik Hirslanden, Zürich
IP Klinik Im Park, Zürich

ANQ: WÜRDEN SIE FÜR DIESELBE BEHANDLUNG WIEDER IN DIESES SPITAL KOMMEN? (2011 UND 2012)

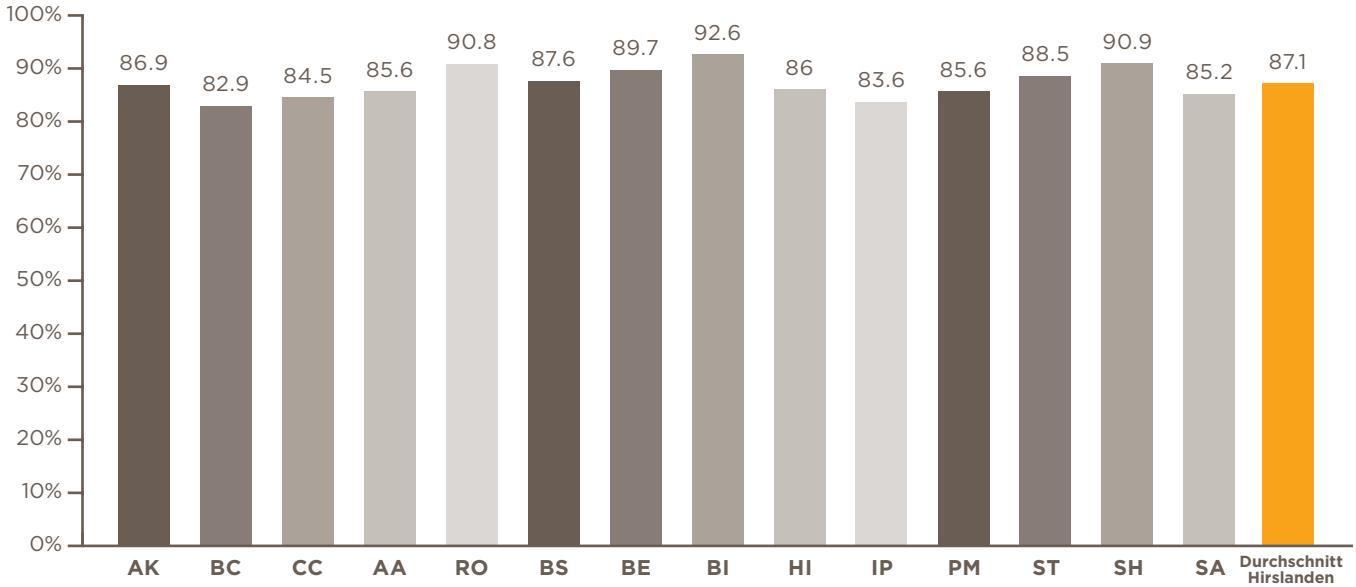


Die nationale Patientenbefragung 2012 fand im vergangenen September statt. In den Hirslanden Kliniken wurden insgesamt 6077 Patienten befragt. Die Rücklaufquote betrug 62.2 Prozent. Die Grafik zeigt die Auswertung der Antworten auf die erste der fünf Fragen. Sie ist ein aussagekräftiger Indikator für die Gesamtzufriedenheit eines Patienten. Es zeigt sich, dass die Patientenzufriedenheit in den Hirslanden Kliniken im Vergleich zu allen andern Spitälern der Schweiz grösser ist.

PATIENTENZUFRIEDENHEIT FÜHRT ZU WEITEREMPFEHLUNGEN

Die Zufriedenheit von Patienten ist zweifelsohne ein wichtiger Qualitätsindikator. Die fünf Fragen des ANQ allein vermitteln allerdings erst einen vagen Eindruck der tatsächlichen Patientenzufriedenheit. Dazu kommt, dass die Auswertung der Antworten nur einen geringen Differenzierungsgrad erkennen lässt, da nahezu alle Schweizer Spitäler auf einer Skala von 1 bis 10 einen Wert zwischen 9 und 10 erzielen. Die Ermittlung der Patientenzufriedenheit geht bei Hirslanden deshalb weit über die Fragen des ANQ hinaus. Seit 2005 nehmen alle Hirslanden Kliniken (Klinik Stephanshorn seit 2012) an den Befragungen des externen Instituts Picker teil, einer unabhängigen, internationalen Organisation. Dabei wird die Zufriedenheit der Patienten in neun Dimensionen anhand von über 90 Fragen ermittelt. Für Wöchnerinnen wurde eine eigene Variante des Fragebogens erstellt. Die Fragen beziehen sich auf den ganzen Klinikaufenthalt: Sie behandeln die emotionale Unterstützung und das Informiertwerden des Patienten genauso wie den Einbezug von Familienangehörigen und die Organisation des Spitalaustritts. In der Grafik wird die Auswertung der Antworten auf die Frage «Würden Sie diese Klinik bei Bedarf Ihren Freunden oder Ihrer Familie weiterempfehlen?» dargestellt.

PICKER: WÜRDEN SIE DIESE KLINIK BEI BEDARF IHREN FREUNDEN ODER IHRER FAMILIE WEITEREMPFEHLEN?



Diese Frage ist wie die erste Frage des ANQ ein guter Indikator für die Gesamtzufriedenheit eines Patienten. Die Ergebnisse fallen denn auch ähnlich gut wie auf die erste Frage des ANQ aus und haben sich gegenüber dem Vorjahr leicht verbessert. Dabei ist allerdings festzuhalten, dass eine tragfähige Trendaussage erst im Mehrjahresvergleich möglich ist, da die jährlich gemessenen Veränderungen kleiner sind als die Vertrauensintervalle. Damit wird die Bandbreite bezeichnet, innerhalb derer der wahre Wert mit grösster Wahrscheinlichkeit (95%) liegt.

«Persönliche Betreuung und ein flexibler Service sind nicht nur Schlagworte, sondern werden bei Hirslanden umfassend gelebt.»

JEANNETTE BENITO
Patientin,
Hirslanden Klinik Aarau

UNGEPLANTE WIEDER-AUFNAHMEN, UNGEPLANTE REOPERATIONEN UND STÜRZE

DIE PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN NIMMT MIT ALLEN 14 KLINIKEN AM INTERNATIONAL QUALITY INDICATOR PROJECT (IQIP) TEIL. DAS PROJEKT IST FÜR SPITÄLER UND KLINIKEN EIN NÜTZLICHES INSTRUMENT BEI DER ERARBEITUNG VON VERBESSERUNGSMASSNAHMEN BEI DEN KLINISCHEN WIE DEN PFLEGERISCHEN LEISTUNGEN. DARÜBER HINAUS ERÖFFNET IQIP GESUNDHEITSUNTERNEHMEN DIE MÖGLICHKEIT, IHRE WERTE EUROPÄISCHEN BENCHMARKS GEGENÜBERZUSTELLEN.

MESSEN UND VERBESSERN
ERLEBNIS HIRSLANDEN (2/4)

6. November 2012, 7.30 Uhr morgens. In der Klinik Stephanshorn in St. Gallen treffen sich die Pflegeexpertin Yvonne Frick und die Pflegefachfrau Sarah Keller mit acht weiteren Pflegefachfrauen, um den Ablauf der sogenannten Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus zu besprechen. Die Messungen des ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern) sind für alle Spitäler, die auf der Spitalliste stehen, obligatorisch. In vier Zweierteams werden die Pflegefachfrauen heute rund 70 stationäre Patienten der Klinik auf allfälliges Wundliegen oder auf Sturzereignisse hin untersuchen.
Die «Nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus» ist ein Projekt des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) in Kooperation mit dem Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule. Die Messungen werden an sämtlichen Kliniken der Schweiz an einem Stichtag intern durch das Pflegepersonal durchgeführt. Beim Briefing erinnert Yvonne Frick noch einmal an das Ziel des Ganzen: Die Erhebung soll Stärken und Entwicklungspotenziale in der Pflege offenbaren. Zudem ermögliche die Einheitlichkeit der Befragung Vergleiche zwischen den Kliniken.
Um 7.45 Uhr beginnen Regula und Nina, Judith und Renate, Anita und Noemy, Nadine und Silke die Erhebung auf den Stationen. Bereits am Vorabend wurden die Patienten über die Messung informiert. Die Teilnahme ist freiwillig, fast alle aber machen mit. Wichtigstes Hilfsmittel der Pflegefachfrauen ist der strukturierte Fragebogen. Der Befragung folgt eine Untersuchung, insbesondere der für Wundliegen gefährdeten Stellen. Nach 20 Minuten ist die erste Prävalenzmessung pro Messteam beendet, es erfolgt die Dateneingabe direkt in eine digitale Schnittstelle.
Wie eine solche Erhebung in kleinen, kaum merklichen Schritten die Qualität der Pflege selbst in einer Klinik heben kann, die gemäss Picker-Umfrage einen Spitzenplatz bei der Patientenzufriedenheit belegt, zeigt das Beispiel Spannungsblasen. Die schmerzhaften Blasen treten auf, wenn postoperative Verbände Spannungen erzeugen. Durch die Messung sei das Pflegepersonal sensibler gegenüber Spannungsblasen geworden, sagt Yvonne Frick. Um Spannungsblasen an der Klinik Stephanshorn besser zu untersuchen und fortan vollständig zu vermeiden, wurden interdisziplinäre Massnahmen getroffen und die Berichterstattung mittels Fotodokumentation initiiert. Zudem überprüft die Klinik die Einführung von sogenannten hydrokolloidalen Wundauflagen nach Operationen, eine Empfehlung der Stiftung für Patientensicherheit. Ein kleiner Schritt für eine immer bessere Pflege.

INTERNATIONAL QUALITY INDICATOR PROJECT
Das in den USA entwickelte International Quality Indicator Project (IQIP) ist das bedeutendste Forschungsprojekt und Verfahren zur Bewertung der Ergebnisqualität in der Medizin. Es umfasst rund 250 Leistungsindikatoren, die unter 16 Hauptindikatoren gruppiert werden. Weltweit nehmen am IQIP über 2000 Gesundheitsorganisationen teil, 200 davon in Europa. In der Schweiz ist die Privatklinikgruppe Hirslanden das einzige Spitalunternehmen, das bei den Messungen mitmacht, seit 2005 mit einigen und seit 2008 mit allen Kliniken (Klinik Stephanshorn seit 2011).

Die Messungen des IQIP unterliegen klar definierten Standards. Danach sind die Spitäler dazu verpflichtet, die folgenden Hauptindikatoren zu erheben: ungeplante Wiederaufnahme ins Spital, ungeplante Rückkehr in den Operationssaal, dokumentierte Stürze, Sterblichkeit und Wundliegen (Dekubitusrate). Die Grafiken bilden die Entwicklung der ersten drei genannten Indikatoren über die letzten Jahre ab.

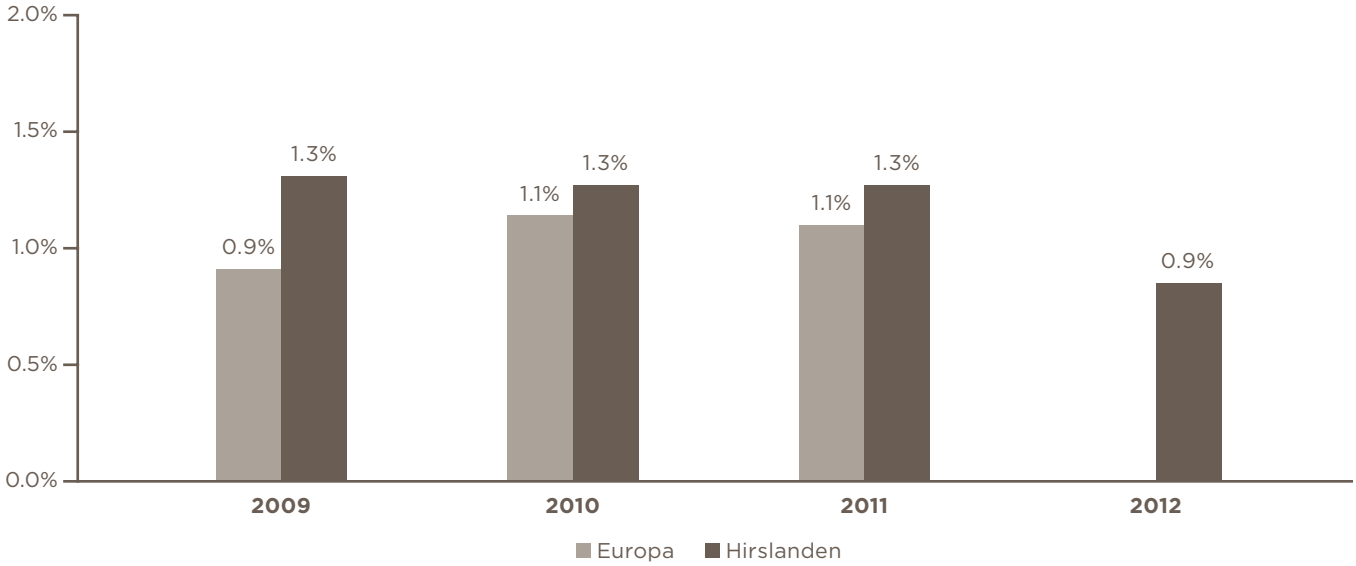
SEIT NAHEZU ZEHN JAHREN NIMMT HIRSLANDEN MESSUNGEN VON STÜRZEN UND DEKUBITUS VOR.

Indem verschiedene strukturelle Parameter miteinander abgeglichen werden, lassen sich die europäischen Benchmarks für die einzelnen Indikatoren ermitteln. Die Vergleichsgruppen sind allerdings relativ grob gefasst, sodass ein Vergleich mit den Benchmarks nur beschränkt aussagekräftig ist. Für Hirslanden entscheidender sind aber ohnehin der Vergleich innerhalb der Gruppe und die Entwicklung der Werte der einzelnen Kliniken, da eine Analyse dieser Grössen wichtige Hinweise auf mögliche Verbesserungsmassnahmen liefert. Zu beachten ist, dass die Unterschiede zwischen den einzelnen Kliniken auch vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Leistungsspektren zu deuten sind. Die dargestellten Ergebnisse umfassen sämtliche stationären Behandlungsfälle der jeweiligen Kalenderjahre.

Der Wert des Indikators «Ungeplante Wiederaufnahme innerhalb von 15 Tagen» hat sich nach unten entwickelt und liegt über die ganze Gruppe gesehen unter dem europäischen Benchmark 2011. Die Erhebung dieses Werts stellt beträchtliche Anforderungen an die Kliniken, da gemäss Vorgabe jede einzelne Wiederaufnahme daraufhin geprüft werden muss, ob sie in Verbindung zu einem vorhergehenden Fall steht. Nur so lässt sich verhindern, dass die geplanten Wiederaufnahmen nicht irrtümlicherweise bei den ungeplanten mitgerechnet werden. Zu den geplanten Wiederaufnahmen zählt beispielsweise die Durchführung einer Chemotherapie mit mehreren Zyklen. Gegenwärtig werden solche Fälle noch nicht in allen Kliniken sauber von den ungeplanten Wiederaufnahmen getrennt, wie Erfassungsaudits in allen Kliniken ans Licht brachten.

AA Hirslanden Klinik Aarau
BS Klinik Beau-Site, Bern
PM Klinik Permanence, Bern
SA Salem-Spital, Bern
AK AndreasKlinik Cham Zug
RO Klinik Am Rosenberg, Heiden
BC Clinique Bois-Cerf, Lausanne
CC Clinique Cecil, Lausanne
ST Klinik St. Anna, Luzern
BI Klinik Birshof, Münchenstein Basel
BE Klinik Belair, Schaffhausen
SH Klinik Stephanshorn, St. Gallen
HI Klinik Hirslanden, Zürich
IP Klinik Im Park, Zürich

Ungeplante Wiederaufnahmen (<= 15 Tage) (2009–2012)



Ungeplante Wiederaufnahmen (< = 15 Tage), Daten 2012	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	Total
Anzahl Austritte	9217	6138	3673	10230	2950	3312	2082	2677	10333	2313	1202	5004	16186	3880	79197
Anzahl ungeplante Wiederaufnahmen	39	32	1	7	3	22	12	50	161	5	5	34	269	32	672
%	0.4	0.5	0.0	0.1	0.1	0.7	0.6	1.9	1.6	0.2	0.4	0.7	1.7	0.8	0.9

Der Wert des Indikators «Ungeplante Rückkehr in den Operationssaal» ist im Vergleich zum Vorjahr stabil geblieben. Gegenüber dem europäischen Benchmark weisen die Hirslanden Kliniken erneut weniger ungeplante Reoperationen aus, was positiv zu bewerten ist. Bei diesem Indikator ist ebenfalls jeder einzelne Messwert daraufhin zu befragen, ob es sich nicht um eine geplante Reoperation gehandelt hat. Ein typisches Beispiel dafür sind regelmässig durchgeführte Verbandswechsel im Operationssaal, die dementsprechend von der Zählung auszuschliessen wären.

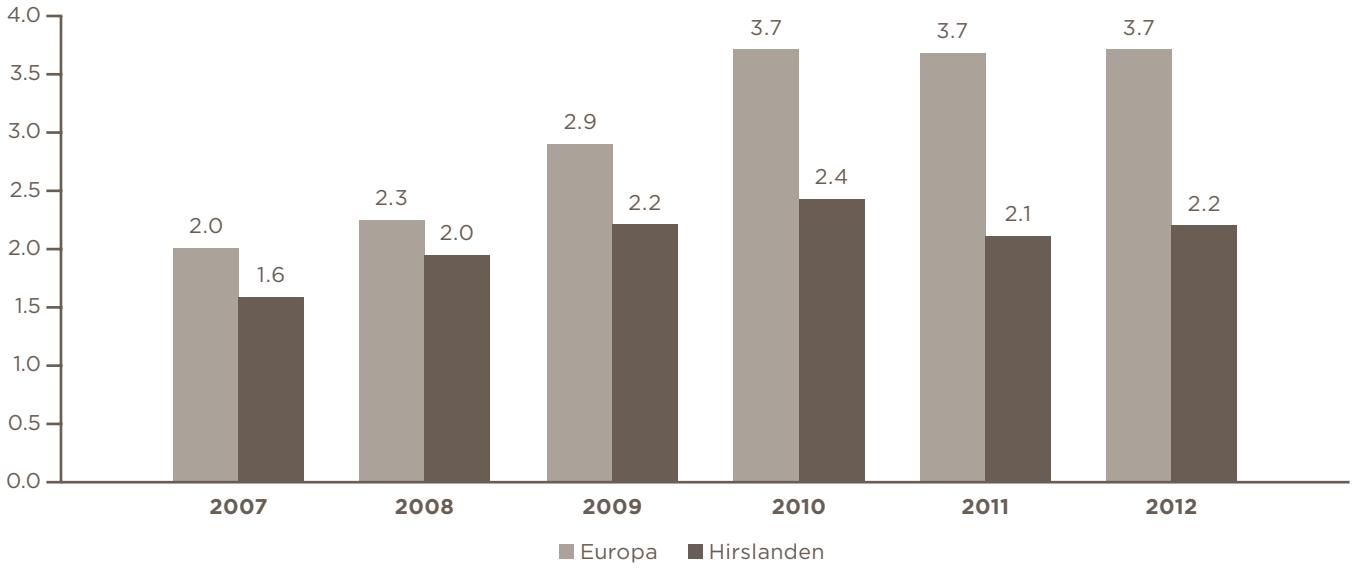
Ungeplante Rückkehr in den Operationssaal
(2007–2012)

Ungeplante Rückkehr in den Operationssaal, Daten 2012	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	Total
Anzahl Operationen	6630	5400	4295	8738	2694	3309	1733	1978	6380	2131	1172	4476	11668	5515	66119
Anzahl Fälle von ungeplanter Rückkehr in den Operationssaal	66	87	2	19	31	15	4	35	54	10	16	58	259	53	709
%	1.0	1.6	0.1	0.2	1.2	0.5	0.2	1.8	0.9	0.5	1.4	1.3	2.2	1.0	1.1

Die Anzahl dokumentierter Stürze in den Hirslanden Kliniken hat sich im Berichtsjahr stabilisiert. Im Jahr 2012 registrierten die Kliniken an 431 087 Behandlungstagen 950 Sturzereignisse. Damit weist Hirslanden im Vergleich zum europäischen Benchmark einen guten Wert aus.

Stürze können ganz unterschiedliche Ursachen haben. Das macht sie für die Kliniken und namentlich für die Pflege zu einer besonderen Herausforderung. In den Hirslanden Kliniken begegnet man dieser Herausforderung dadurch, dass die Massnahmen zur Sturzprävention ganz auf das individuelle Sturzrisiko eines Patienten zugeschnitten werden. Zu diesem Zweck ist das Sturzrisiko eines Patienten während seines Klinikaufenthalts immer wieder neu zu beurteilen.

Dokumentierte Stürze
Fälle pro 1000 Behandlungstage (2007–2012)



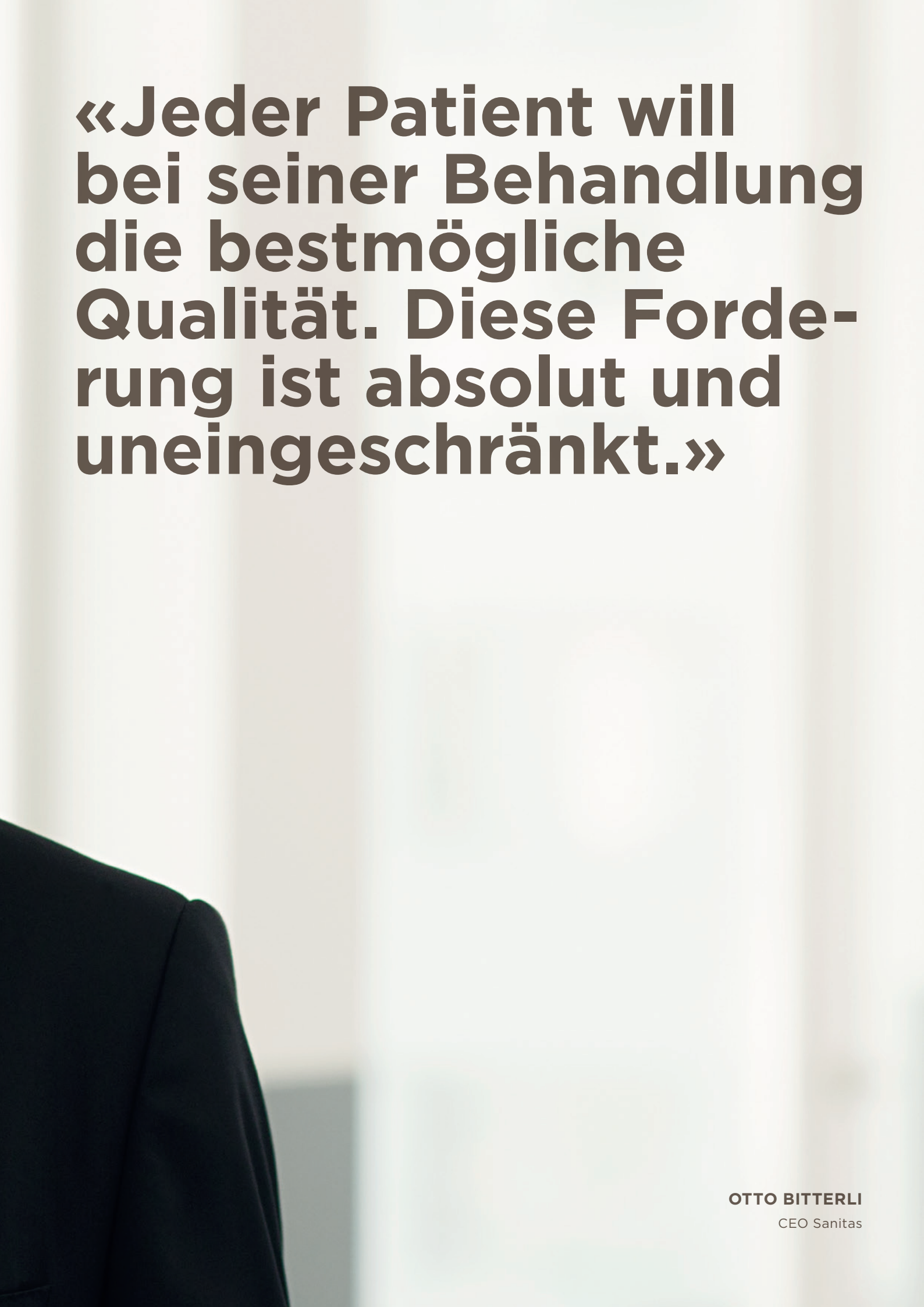
Dokumentierte Stürze, Daten 2012	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	Total
Anzahl Behandlungstage	41 567	30 883	10 550	44 517	20 059	15 771	15 036	20 928	64 900	12 809	6 430	25 344	85 173	37 120	431 087
Anzahl Stürze	102	71	14	82	29	21	30	27	223	19	13	44	199	76	950
Fälle pro 1000 Behandlungstage	2.5	2.3	1.3	1.8	1.5	1.3	2.0	1.3	3.4	1.5	2.0	1.7	2.3	2.1	2.2

MESSEN, UM ZU VERBESSERN

Die IQIP-Messungen tragen massgeblich zum internen, kontinuierlichen Verbesserungsprozess in den Kliniken bei. Dieser gliedert sich in drei Teilschritte: Zuerst werden die Ergebnisse von den zuständigen Gremien der Kliniken eingehend analysiert und interpretiert. Auf der Grundlage der dabei gewonnenen Erkenntnisse bestimmen sie sodann konkrete Optimierungs- und Präventionsmassnahmen, die schliesslich von den Kliniken umgesetzt werden.

Um Synergien auszuschöpfen und die Orientierung an der «Best Practice» zu fördern, stellen die Kliniken die Ergebnisse ihrer Verbesserungsprozesse im Rahmen von Netzwerktreffen auch den anderen Kliniken der Gruppe zur Verfügung.

«Jeder Patient will bei seiner Behandlung die bestmögliche Qualität. Diese Forderung ist absolut und uneingeschränkt.»



OTTO BITTERLI
CEO Sanitas

KLINIKHYGIENE UND PATIENTENSICHERHEIT

HYGIENE GEHÖRT ZU DEN WICHTIGSTEN FAKTOREN DER PATIENTENSICHERHEIT IN SPITÄLERN. DAS GILT INSBESONDERE FÜR INTENSIVSTATIONEN, DA DORT DAS RISIKO EINER INFEKTION BESONDERS HOCH IST.

HYGIENE – EINE FRAGE DER SCHULUNG
ERLEBNIS HIRSLANDEN (3/4)

Erinnern Sie sich noch an die Krankenschwester? Die gibt es nicht mehr. Sie heisst heute Pflegefachfrau. Und das ist nicht einfach ein neuer Name, sondern Ausdruck eines immer komplexeren Berufs. Kaum jemand weiss das besser als Natascha Keculovski, die selbst über zwei Jahrzehnte in der Pflege gearbeitet hat, bevor sie Ausbildungsverantwortliche der Klinik Im Park in Zürich wurde. «Ohne eine systematische Aus- und vor allem Weiterbildung ginge heute in der Pflege nichts mehr», sagt sie.

Dass die Anforderungen steigen und sich weiterentwickeln, hat viele Gründe. Zum Beispiel werden Patienten heute eher früher aus dem Spital entlassen als noch vor zehn Jahren und benötigen deshalb oft eine Minischulung durch das Pflegepersonal: Wie spritzt man selbst ein Blutverdünnungsmittel? So werden Pflegefachleute zu Instruktoren. Ein gutes Beispiel sind urologische Patienten. Diese benötigen nach einer komplexen Operation häufig fast eine Eins-zu-Eins-Betreuung: Infusionstherapie, die Kontrolle der Flüssigkeitsbilanz, der Vitalzeichen, der Wunden und Drainagen, die Medikamentenverabreichung – das dauert. «Deshalb gehört auch der Umgang mit Stress heute zu den Themen der Aus- und Weiterbildung in der Pflege», erklärt die sympathische Schwyzerin.

Die Urologie ist nicht nur ein Fachgebiet der Klinik Im Park, sondern auch ein hervorragendes Beispiel für eines der wichtigsten Themen der pflegerischen Aus- und Weiterbildung überhaupt: der Hygiene. Das Risiko für sogenannte nosokomiale, also während des Spitalaufenthalts erworbene Infektionen wird zum Beispiel durch das permanente Schulen der Händehygiene gesenkt.

Die Ausbildung der 22 Lernenden und Studierenden in der Pflege, pflegespezifische Kurzweiterbildungen, Vorträge von Belegärzten, halbjährliche Fachtagungen, der Austausch im Netzwerk der Ausbildungsverantwortlichen der Privatklinikgruppe Hirslanden – Natascha Keculovski wird es nie langweilig. Bildung hört nie auf.

MESSUNGEN IN DER KLINIKHYGIENE

Bei der Erhebung von klinikassoziierten Infektionen in ihren Kliniken stützt sich die Privatklinikgruppe Hirslanden auf das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des Beratungszentrums für Hygiene (BZH) in Freiburg im Breisgau. Als weltweit grösste Datenbank zu nosokomialen Infekten bietet dieses System gute Vergleichsmöglichkeiten. Seit 2008 führen alle Hirslanden Klinken, die Klinik Stephanshorn seit 2011, die Erfassung durch. Sie gliedert sich in zwei Teile: in die Erhebung der Anwendungsraten von Kathetern und Beatmungen auf Intensivstationen und der damit verbundenen Infektionen sowie in die Messung der Infektionsraten bei typischen Routineeingriffen.

Der in den Grafiken dargestellte Messbereich «Deviceassoziierte Infektionen auf der Intensivstation» bezieht sich auf die Erhebung der folgenden Indikatoren: Anzahl Harnwegsinfekte im Zusammenhang mit Blasenkathetern, Anzahl septischer Erkrankungen im Zusammenhang mit zentralvenösen Kathetern und Anzahl Lungenentzündungen im Zusammenhang mit Beatmungen. Die Anzahl der Anwendungstage wird dabei ins Verhältnis zur Anzahl der Patienten mit Infektionen gesetzt. Die daraus resultierenden Werte werden mit der «75. Perzentile» verglichen. Diese besagt, dass 75 Prozent der Kliniken ein ähnliches Ergebnis ausweisen. Die Bezugnahme auf diesen Vergleichswert orientiert sich an der Einsatzhäufigkeit des jeweiligen Katheters innerhalb der betrachteten Patientengruppe.

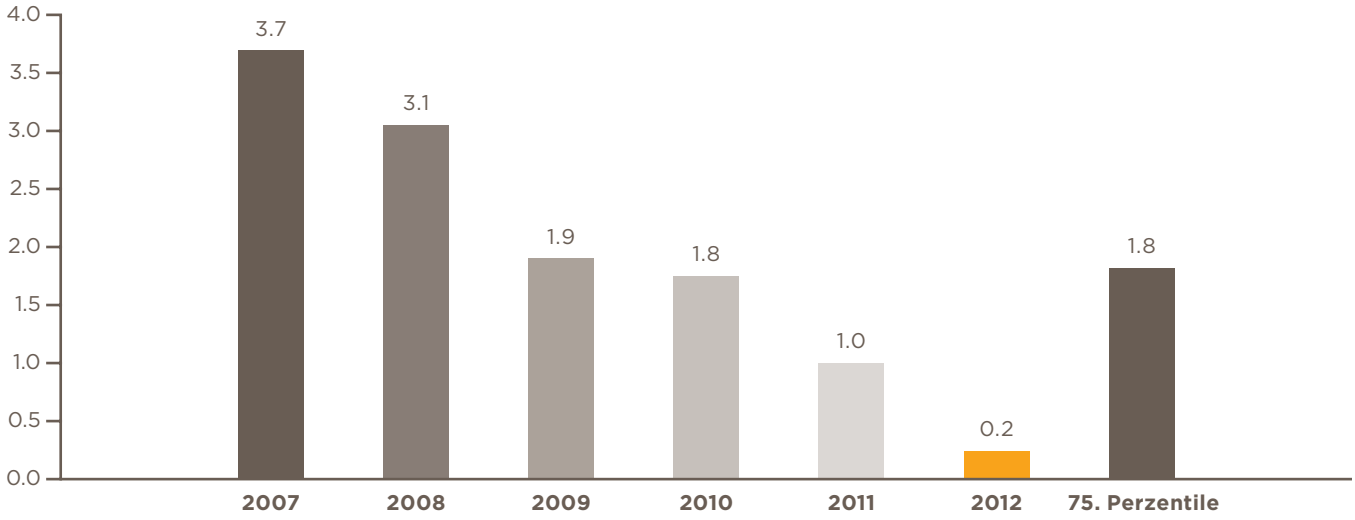
REGELMÄSSIGE SCHULUNG DER HÄNDEHYGIENE HILFT GEGEN NOSOKOMIALE INFEKTIONEN WÄHREND DES SPITALAUFENTHALTS.

Beim Indikator «Katheterassoziierte Sepsis» setzte sich der positive Trend fort. Auch der Wert des Indikators «Harnwegskatheterassoziierte Infektion» weist eine Verbesserung aus. Der Wert des Indikators «Beatmungsassoziierte Pneumonie» hat sich auf relativ tiefem Niveau stabilisiert. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass die kleinen Ereigniszahlen dazu führen, dass schon geringfügige Veränderungen einen grossen Effekt zeigen. Gleichwohl lässt sich festhalten, dass sich die Werte in den letzten Jahren kontinuierlich der 75. Perzentile angenähert und diese sogar unterschritten haben. Daran erkennt man, dass durch ein konsequentes Hygienemanagement greifbare Erfolge bei der Verminderung von deviceassoziierten Infektionen erzielt werden konnten. Zu den Massnahmen, die zu dieser erfreulichen Entwicklung beigetragen haben, zählen etwa die Überarbeitung der Hygienerichtlinien bei der Anlage eines Katheters und die Vor-Ort-Schulung durch die Hygienefachkräfte.

Trotz dieser Erfolge bleibt das Hygienemanagement eine permanente Herausforderung. Die Hygienefachleute suchen täglich alle Patienten der Intensivstationen auf, die einen Katheter erhalten haben, und kontrollieren, ob Infektionsanzeichen vorhanden sind. Gleichzeitig prüfen sie, wie Katheter implantiert werden und wie sie gepflegt werden. Die Ärzte müssen ebenfalls täglich von Neuem beurteilen, ob ein Katheter noch indiziert ist. Wird ein Katheter entfernt, kommt er ins Labor, wo er auf Bakterien untersucht wird. Die Daten, die die Hygienefachleute erheben, werden analysiert und in den Hygienekommissionen der Kliniken diskutiert. Diese setzen schliesslich die betroffenen Abteilungen und Ärzte über die Ergebnisse ins Bild und ordnen gegebenenfalls zusätzliche Massnahmen an.

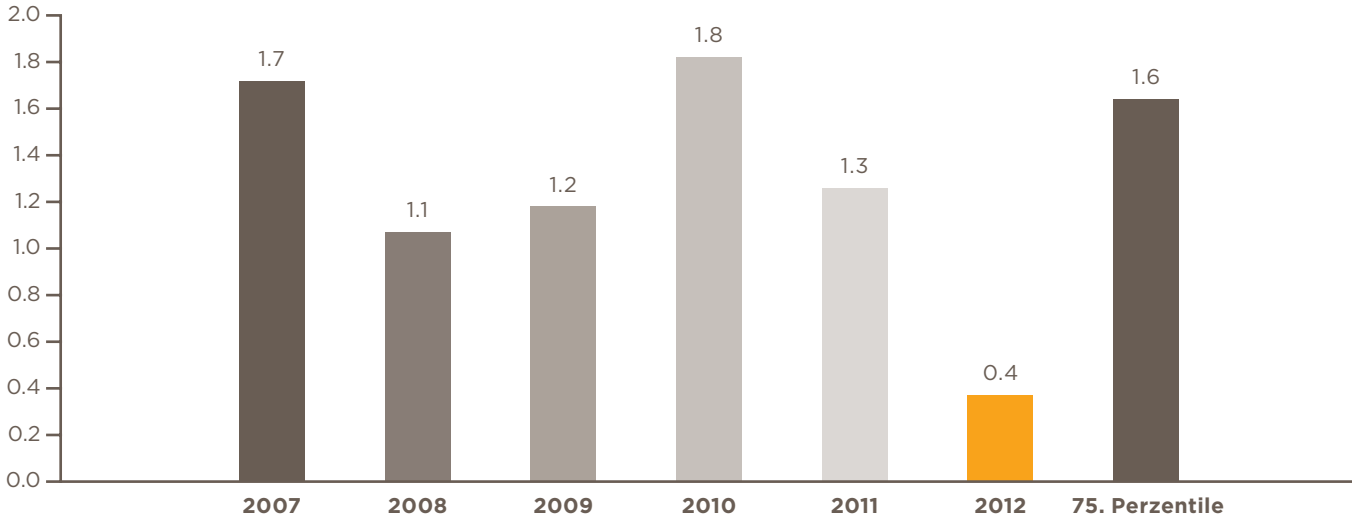
AA Hirslanden Klinik Aarau
BS Klinik Beau-Site, Bern
CC Clinique Cecil, Lausanne
ST Klinik St. Anna, Luzern
HI Klinik Hirslanden, Zürich
IP Klinik Im Park, Zürich

Katheterassoziierte Sepsis
Fälle pro 1000 Anwendungstage (2007–2012)



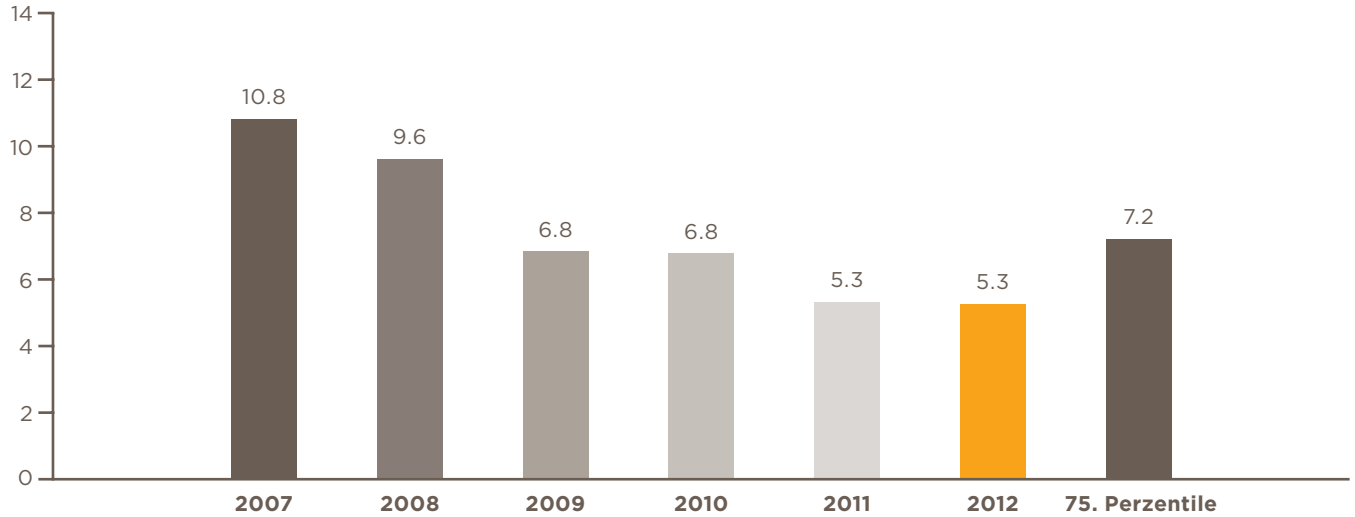
Katheterassoziierte Sepsis, Daten 2012	AA	BS	CC	ST	HI	IP	Total
Anzahl Anwendungstage	1309	2660	820	987	3395	1716	1088
Anzahl Fälle mit Sepsis	1	1	0	0	1	0	3
Infektionsrate	0.8	0.4	0.0	0.0	0.3	0.0	0.2

Harnwegskatheterassoziierte Infektion
Fälle pro 1000 Anwendungstage (2007–2012)



Harnwegskatheterassoziierte Infektion, Daten 2012	AA	BS	CC	ST	HI	IP	Total
Anzahl Anwendungstage	1509	2711	1112	1374	3808	1913	12427
Anzahl Fälle von Harnwegsinfektion	0	1	0	0	3	2	6
Infektionsrate	0.0	0.4	0.0	0.0	0.8	1.1	0.4

Beatmungsassoziierte Pneumonie
Fälle pro 1000 Anwendungstage (2007–2012)



Beatmungsassoziierte Pneumonie, Daten 2012	AA	BS	CC	ST	HI	IP	Total
Anzahl Anwendungstage	782	531	74	271	1024	637	3319
Anzahl Fälle von Pneumonie	4	3	0	1	11	4	23
Infektionsrate	5.1	5.7	0.0	3.7	10.7	6.3	5.3

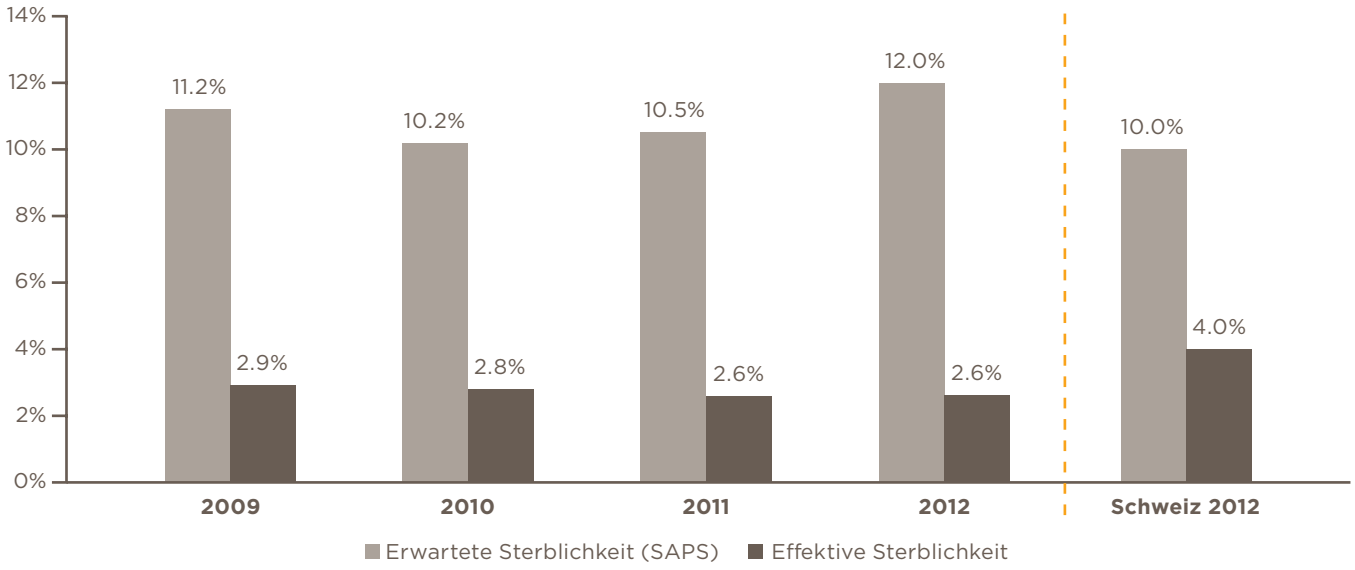
Der Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) enthält die Erhebung deviceassoziierter Infektionen noch nicht. Angesichts ihrer hohen Relevanz stellte Hirslanden den Antrag, dass sie ins Messprogramm des ANQ aufgenommen werden. Dabei nahm der Antrag auch Bezug auf das Projekt «High 5s», das die WHO bereits 2006 zur Erhöhung der Patientensicherheit lancierte.

STERBLICHKEIT AUF INTENSIVSTATIONEN

Damit sich Messergebnisse miteinander vergleichen lassen, müssen die erhobenen Indikatoren risikoadjustiert sein. Diese Bedingung erfüllen nach wie vor nur wenige Messungen. Zu ihnen gehört die Sterblichkeit auf der Intensivstation (IPS). Bei der Aufnahme auf die IPS wird der physiologische Zustand jedes Patienten anhand verschiedener Parameter erfasst, um daraus das individuelle Sterblichkeitsrisiko zu ermitteln. Die Grundlage dazu bildet der Simplified Acute Physiology Score (SAPS). Die Summe der Sterblichkeitsrisiken sämtlicher Patienten ergibt die «erwartete Sterblichkeit». Der Sterblichkeitsindex lässt sich dadurch ermitteln, dass die erwartete mit der «effektiven Sterblichkeit» verglichen wird. Ist die Behandlungsqualität hoch, sollte die effektive Sterblichkeit höchstens 50 Prozent der erwarteten Sterblichkeit betragen.

Vergleicht man die erwartete mit der tatsächlichen Sterblichkeit auf den Intensivstationen der Hirslanden Kliniken, so erhält man ein sehr positives und über die Jahre stabiles Ergebnis: Die effektive Sterblichkeit liegt deutlich unter der erwarteten Sterblichkeit. Was dieses Resultat besonders bemerkenswert macht, ist der Umstand, dass Hirslanden im Unterschied zur gesamtschweizerischen Vergleichsbetrachtung nicht nur die effektive Sterblichkeit auf den Intensivstationen erfasst, sondern auch jene von IPS-Patienten auf anderen Abteilungen. Beim Vergleich der effektiven mit der erwarteten Sterblichkeit auf der IPS erzielen die Hirslanden Kliniken einen deutlich besseren Wert als der Schweizer Durchschnitt.

Sterblichkeit auf IPS
(2009–2012)



Sterblichkeit auf IPS, Daten 2009–2012	Hirslanden 2009	Schweiz 2009	Hirslanden 2010	Schweiz 2010	Hirslanden 2011	Schweiz 2011	Hirslanden 2012	Schweiz 2012
Erwartete Sterblichkeit (SAPS)	11.2%	7.0%	10.2%	9.0%	10.5%	10.0%	12.0%	10.0%
Effektive Sterblichkeit (auf IPS verstorben)	2.9%	4.0%	2.8%	4.0%	2.6%	4.0%	2.5%	4.0%
Sterblichkeitsindex	0.4		0.4		0.4		0.4	
Durchschnittsalter Patienten IPS	67.3	61.0	66.4	64.0	67.9	62.0	67.4	63.0
Mittlere Verweildauer IPS (Tage)	2.4	2.5	2.4	3.6	2.3	2.5	2.1	2.4
Fallschwere (Mittelwert SAPS)	25.3	27.0	25.5	29.0	26.1	29.0	27.1	30.0
Anteil beatmeter Patienten	44.5%	31.0%	40.8%	32.0%	37.9%	32.0%	37.1%	33.0%
Anzahl Fälle	5056		5753		5427		5989	
Effektive Sterblichkeit (alle Pat. mit IPS-Aufenthalt)	4.0%		4.3%		4.2%		4.4%	

INITIATIVE QUALITÄTSMEDIZIN

Qualitätsmessungen in Spitälern sind kein Selbstzweck, sondern dienen in erster Linie dazu, den kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu fördern. Vor dem Hintergrund dieser Prämisse wurde 2008 die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) ins Leben gerufen. Gründungsmitglieder waren die Klinikketten Helios, SRH, Malteser und Johanniter, die Berufsgenossenschaftlichen Kliniken sowie die Universitätskliniken Basel, Hannover und Dresden. Inzwischen machen bereits 220 Spitäler und Kliniken aus Deutschland, Österreich und der Schweiz bei der Initiative mit. In der Schweiz gehören dazu neben dem Universitätsspital Basel das Inselspital Bern, das Universitätsspital Zürich, das Kantonsspital Aarau sowie die Klinik Hirslanden in Zürich, die Hirslanden Klinik Aarau und die Klinik St. Anna in Luzern.

IQM beruht auf drei Grundsätzen:

1. Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten
2. Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
3. Qualitätsverbesserungen durch das Peer-Review-Verfahren

Die Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten stützt sich in der Schweiz auf den Indikatorensatz CH-IQI (Inpatient Quality Indicators). Er wurde auf der Grundlage der deutschen Version G-IQI erstellt, die ihrerseits von der Helios Kliniken GmbH unter Leitung von Dr. Thomas Mansky (heute Professor an der TU Berlin) entwickelt worden war. Die aktuelle Version der G-IQI umfasst 183 Ergebnis-, Mengen- und Verfahrenskennzahlen zu 48 bedeutsamen Krankheitsbildern und Behandlungen. Die G-IQI werden kontinuierlich weiterentwickelt und decken derzeit rund 39% der stationären Fälle im DRG-Bereich ab.

Die Ergebnisse zu den genannten Indikatoren werden für jede teilnehmende Klinik transparent veröffentlicht. Erweisen sich bestimmte Ergebnisse einer Klinik als auffällig, leitet IQM ein Peer-Review-Verfahren ein. Dabei werden jene Behandlungsfälle ausgewählt, die für das auffällige Qualitätsergebnis verantwortlich sind. Das Verfahren gliedert sich in vier Schritte: Zunächst erfolgt eine Selbstreview, die der vor Ort verantwortliche Arzt zusammen mit seinem Team anhand einer retrospektiven Behandlungsaktenanalyse durchführt. Anschliessend untersuchen die Peers ebenfalls vor Ort dieselben Behandlungsfälle konstruktiv-kritisch. Diese Aktenanalyse folgt einer klar festgelegten Vorgehensweise mit einheitlichen Analysekriterien. Sie ist auf 20 Akten begrenzt und nimmt in der Regel vier Stunden in Anspruch. Danach kommt es zu einer drei- bis vierstündigen Falldiskussion zwischen den Peers sowie dem verantwortlichen Arzt und seinem Team. Sie ist das eigentliche Kernstück der Review. Es ist diese Diskussion auf Augenhöhe, die der besuchten Klinik den grössten Nutzen stiftet. Ihr Verlauf entscheidet über die Akzeptanz und Wirksamkeit des ganzen Verfahrens. Ergebnisse der Review sind identifizierte Qualitätsprobleme und konkrete Lösungsvorschläge zu deren Vermeidung oder Behebung. Diese beziehen sich in erster Linie auf interdisziplinäre Schnittstellen, Standards, Leitlinien, Dokumentationen und Abläufe. In einem letzten Schritt werden die Ergebnisse gemeinsam mit dem Klinikmanagement besprochen. Die Verantwortung für die Umsetzung der Verbesserungsvorschläge liegt beim zuständigen Arzt. Die Unterstützung und Kontrolle der Umsetzung obliegt dem Klinikmanagement.

STERBLICHKEITSDATEN NACH CH-IQI

Zu den Qualitätsindikatoren nach CH-IQI gehören auch die Sterblichkeitsdaten. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) publiziert sie zusammen mit weiteren Indikatoren in seiner Qualitätsberichterstattung. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die nach derselben Methode erhobenen Sterblichkeitsdaten bei Hirslanden, konsolidiert für die Gruppe und pro Klinik, und stellt sie einem internationalen Referenzwert gegenüber. Die zugrunde liegenden Fallzahlen sind aktueller als jene, auf die die Veröffentlichung des BAG abstellt. Die Ermittlung der Indikatoren erfolgt nach einem Algorithmus aus der jährlich zu erstellenden Spitalstatistik.

CH-IQI 2012		AA			BS			PM			SA			AK			RO		
	EW	E	F	K	E	F	K	E	F	K	E	F	K	E	F	K	E	F	K
Herzinfarkt A.1.1.M Hauptdiagnose Herzinfarkt, Anteil Todesfälle	6.3%	3	51	5.9%	7	193	3.6%	0	13	0.0%	2	17	11.8%						
A.3.4.M Fälle mit LHK ohne Herzinfarkt, ohne komplizierende Diagnose (Alter >19 Jahre), Mortalität	0.6%	0	284	0.0%	2	1131	0.2%												
Operationen am Herzen A.7.12.M OP nur an Koronargefässen ohne Herzinfarkt (Alter >19 Jahre), Mortalität	1.9%	0	74	0.0%	1	188	0.5%												
Entfernung der Gallenblase E.1.1.M Cholezystektomie bei Gallensteinen und Cholezystitis, ohne Tumor, Mortalität	0.3%	0	81	0.0%	0	138	0.0%	0	13	0.0%	0	54	0.0%	0	36	0.0%			
Hernienoperation E.2.1.M Herniotomie ohne OP am Darm, Mortalität	0.1%	0	249	0.0%	0	313	0.0%	0	100	0.0%	0	187	0.0%	0	132	0.0%	0	4	0.0%
Grosse Operationen an Dickdarm und Enddarm E.4.1.M Kolorektale Resektionen insgesamt, Mortalität	4.8%	5	135	3.7%	4	224	1.8%				0	33	0.0%	0	14	0.0%			
Entfernung der Prostata H.4.1.M Prostata-TUR, Mortalität	0.2%	1	154	0.7%	0	145	0.0%	0	51	0.0%	0	82	0.0%	0	28	0.0%			
Gelenkersatz, Totalendoprothese I.1.1.M Hüft-TEP-Erstimplantation (nicht bei Frakturen), Mortalität	0.1%	1	201	0.5%	0	15	0.0%	0	106	0.0%	0	374	0.0%	0	110	0.0%	0	228	0.0%
I.1.3.M Knie-TEP-Erstimplantation, Mortalität	0.1%	0	149	0.0%	0	24	0.0%	0	202	0.0%	0	417	0.0%	0	98	0.0%	0	286	0.0%
Operationen an der Wirbelsäule I.2.2.M Exzision von Bandscheibengewebe (ohne Unfall, Tumor, komplexer OP an Wirbelsäule), Mortalität	0.0%	0	155	0.0%	0	55	0.0%	0	20	0.0%	0	559	0.0%	0	100	0.0%	0	108	0.0%

AA Hirslanden Klinik Aarau
BS Klinik Beau-Site, Bern
PM Klinik Permanence, Bern
SA Salem-Spital, Bern
AK AndreasKlinik Cham Zug
RO Klinik Am Rosenberg, Heiden
BC Clinique Bois-Cerf, Lausanne
CC Clinique Cecil, Lausanne
ST Klinik St. Anna, Luzern
BI Klinik Birshof, Münchenstein Basel
BE Klinik Belair, Schaffhausen
SH Klinik Stephanshorn, St. Gallen
HI Klinik Hirslanden, Zürich
IP Klinik Im Park, Zürich

EW Erwartungswert **E** Ereignisse **F** Fallzahlen **K** Klinikrate

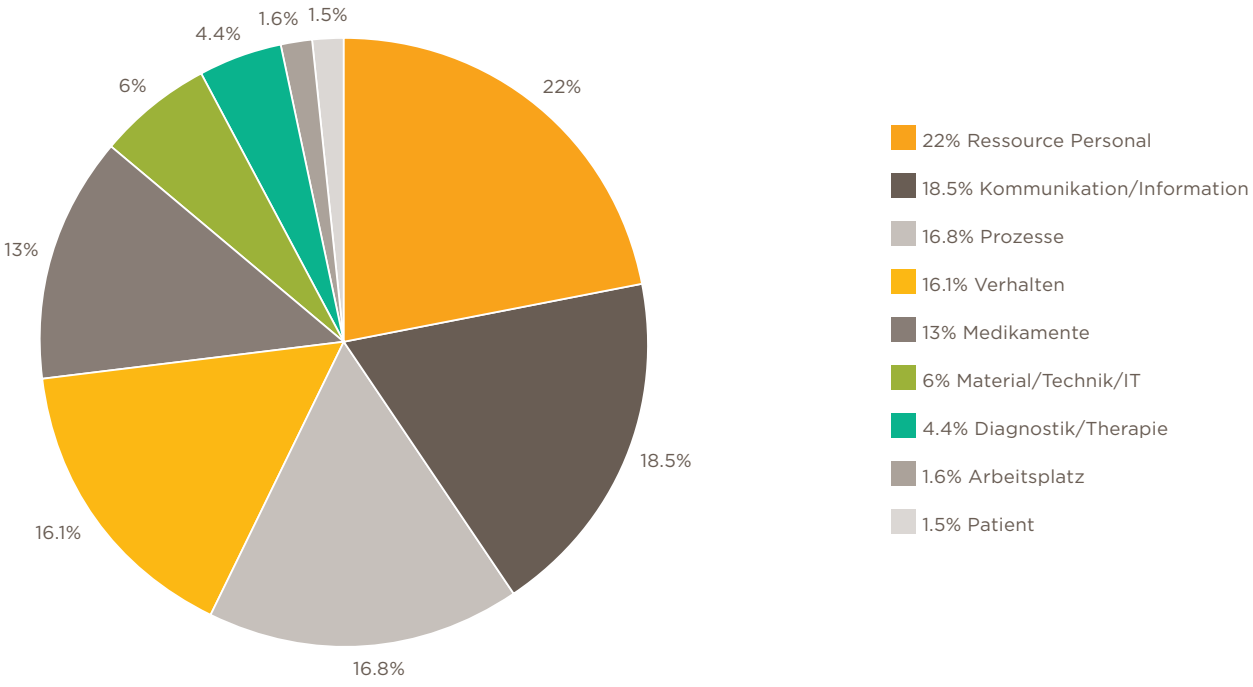
BC			CC			ST			BI			BE			SH			HI			IP		
E	F	K	E	F	K	E	F	K	E	F	K	E	F	K	E	F	K	E	F	K	E	F	K
0	1	0.0%	0	33	0.0%	1	48	2.1%				0	1	0.0%				7	114	6.1%	5	113	4.4%
0	1	0.0%	1	195	0.5%	2	474	0.4%										4	1179	0.3%	0	965	0.0%
			1	73	1.4%													2	164	1.2%	3	42	7.1%
			0	55	0.0%	1	132	0.8%				0	19	0.0%	0	18	0.0%	1	164	0.6%	0	36	0.0%
0	1	0.0%	0	120	0.0%	1	295	0.3%	0	8	0.0%	0	100	0.0%	0	168	0.0%	0	450	0.0%	0	230	0.0%
			1	35	2.9%	9	139	6.5%				0	19	0.0%	0	27	0.0%	11	275	4.0%	5	95	5.3%
			0	73	0.0%	0	172	0.0%				0	13	0.0%	0	179	0.0%	0	127	0.0%	1	112	0.9%
0	127	0.0%	0	1	0.0%	0	229	0.0%	0	112	0.0%	0	104	0.0%	0	45	0.0%	0	193	0.0%	0	128	0.0%
0	162	0.0%				0	205	0.0%	0	177	0.0%	0	147	0.0%	0	63	0.0%	0	214	0.0%	0	78	0.0%
0	56	0.0%	0	111	0.0%	0	552	0.0%	0	69	0.0%	0	90	0.0%	0	371	0.0%	0	210	0.0%	0	116	0.0%

AUS FEHLERN LERNEN
Wie alle Qualitätsindikatoren müssen auch die Sterblichkeitsdaten Anlass zur Frage geben, wo weitere Verbesserungen möglich sind. Zur Beantwortung dieser Frage finden in den Hirslanden Kliniken regelmässig Fallkonferenzen (Mortality and Morbidity Conferences) statt. Dort werden jene Fälle einer genauen Analyse unterzogen, die vor dem Hintergrund des ermittelten Sterblichkeitsrisikos nicht erwartet wurden. Dabei gilt es herauszufinden, welche Vorkehrungen einer frühzeitigen Erkennung und Behandlung unerwünschter Verläufe förderlich sind. Oberstes Ziel ist es, sicherzustellen, dass der gleiche Fehler nicht ein zweites Mal passiert.

Diese Fehlerkultur liegt auch dem Sicherheitsinformationssystem zugrunde, das seit 2008 in allen Hirslanden Kliniken in Betrieb ist. Es ermöglicht den Mitarbeitenden aller Berufsgruppen, anonym Fehler zu melden, die zu Schadenereignissen hätten führen können. Dieses Meldesystem beruht auf der Erkenntnis, dass jedem Schadenereignis in der Regel einige Hundert Beinaheschäden vorausgehen. Es basiert gruppenweit auf einem einheitlichen Konzept und ermöglicht es den Kliniken, nicht nur aus den eigenen Beinahefehlern zu lernen, sondern auch von den Erfahrungen der anderen Kliniken zu profitieren. Die gemeldeten Vorfälle werden als Critical Incidents bezeichnet. Sie werden kategorisiert, analysiert und von einer interdisziplinären Kommission in jeder Klinik aufgearbeitet. Zwei Fragen stehen dabei im Vordergrund: «Weshalb hat das System diesen Beinahefehler zugelassen?» und «Wie ist das System zu gestalten, dass ein ähnlicher Beinahefehler nicht mehr passieren kann?» Dank der Umsetzung von Präventionsmassnahmen, der internen Publikation der aufgearbeiteten Fälle und des Erfahrungsaustausches zwischen den Kliniken wird die Patientensicherheit kontinuierlich erhöht.

Die Abbildung zeigt den jeweiligen Anteil der verschiedenen Kategorien von Meldungen im Kalenderjahr 2012.

Kategorisierung der Beinahefehler in Prozenten



«EINE ISOLIERTE BETRACHTUNG DER DATEN IST NUR WENIG AUSSAGEKRÄFTIG»

DR. MED. CHRISTIAN WESTERHOFF, BEREICHSLEITER KLINISCHE BEREICHE DER PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN, ÜBER DIE VERÖFFENTLICHUNG UND INTERPRETATION DER QUALITÄTSDATEN VON SPITÄLERN.

Herr Dr. Westerhoff, in der Schweiz wird seit einigen Jahren eine intensive Debatte geführt über die Qualität im Gesundheitswesen und die Möglichkeiten, wie sie weiter verbessert werden könnte. Wo steht die Schweiz im europäischen Vergleich bei der Qualitätsmessung und der Veröffentlichung von Qualitätsdaten?
Was die Erhebung und Publikation von Qualitätsindikatoren betrifft, hinkte die Schweiz bis vor wenigen Jahren anderen europäischen Ländern etwas hinterher. Doch das beginnt sich seit einiger Zeit zu ändern. Entsprechend nimmt die Kenntnis der Qualität im Schweizer Gesundheitswesen laufend zu. Man weiss immer mehr, und zwar nicht nur über die Gesamtsituation, sondern auch über einzelne Spitäler. Eine wichtige Rolle kommt dabei dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) und seinem Messprogramm zu.

Welche Bedeutung hat die Veröffentlichung der Qualitätsdaten von Spitälern?
Die Öffentlichkeit erwartet heute von den Spitälern einen gewissen Qualitätsnachweis, auch wenn bekannt ist, dass das Qualitätsniveau in der Schweiz generell recht hoch ist. Dazu kommt, dass die Publikation von Qualitätskennzahlen in den Spitälern das Bewusstsein für den Leistungserbringungsprozess schärft. Die statistischen Ausreisser nach oben und nach unten lassen sich identifizieren. Das führt dazu, dass die schlecht abschneidenden Spitäler Massnahmen zur Qualitätsverbesserung ergreifen.

Kann man von den veröffentlichten Messergebnissen eines Spitals denn direkt auf die Qualität seiner Leistungserbringung schliessen?
Eine isolierte Betrachtung der Daten ist in den meisten Fällen nur sehr wenig aussagekräftig. Um daraus solide Erkenntnisse abzuleiten, muss man das betreffende Spital genau analysieren. Dabei sind die Patientencharakteristika zu betrachten, aber auch weitere Parameter wie die Fachgebietsverteilung und die Art der durchgeführten Operationen.

Um so schwieriger dürfte es sein, allein anhand von Messergebnissen die Qualität unterschiedlicher Spitäler miteinander zu vergleichen.
Ein solcher Vergleich ist in der Tat schwierig. Das betrifft zunächst die Gegenüberstellung von Spitälern unterschiedlicher Grösse. In kleinen Spitälern sind die Fallzahlen oft zu tief, als dass sich daraus statistisch belastbare Ergebnisse gewinnen liessen. Denn je kleiner die Fallzahlen sind, desto stärker wird das Ergebnis durch Zufallsereignisse bestimmt. Um die Qualität von kleineren Spitälern zu beurteilen, empfiehlt es sich deshalb, die Entwicklung der Messwerte über mehrere Jahre in den Blick zu nehmen und gleichzeitig die Prozesse der Leistungserbringung zu analysieren. Eine zweite Schwierigkeit beim Vergleich der Qualitätsdaten verschiedener Spitäler gründet darin, dass viele Indikatoren nicht oder nur unzureichend risikoadjustiert sind. Das heisst, Patientenmerkmale wie Begleiterkrankungen oder der Schweregrad einer Erkrankung werden ausser Acht gelassen.

Genau so lautet der Hauptkritikpunkt an der Veröffentlichung der Sterblichkeitsdaten der Schweizer Spitäler durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG).
Das BAG berücksichtigt bei der Risikoadjustierung der Sterblichkeitsdaten nur gerade das Alter und das Geschlecht der Patienten. Das ist aber zu wenig. Es gibt Patienten, deren Versterben im Spital aufgrund ihres Zustandes so gut wie unabwendbar ist. Aus solchen Todesfällen lassen sich keine Aussagen über die Qualität eines Spitals ableiten. Sterblichkeitsdaten sind aber noch aus einem zweiten Grund mit Vorsicht zu interpretieren. Das Ereignis Tod ist grundsätzlich sehr selten. Das bedeutet, dass jeder einzelne Todesfall die Mortalitätsrate eines Spitals stark beeinflusst. So ist es durchaus denkbar, dass sich in einem Spital die Rate von einem Jahr zum nächsten nicht weniger als verdoppelt. Daraus zu schliessen, dass sich in derselben Periode die Qualität des Spitals halbiert habe, wäre aber unzulässig.

«Die Hirslanden Kliniken nehmen ihre soziale Verantwortung wahr, wenn sie die hohe Behandlungsqualität für alle Patienten stets im Auge behalten.»

JEAN-FRANÇOIS STEIERT
SP-Nationalrat FR,
Vizepräsident Schweiz. Dachverband Patientenstellen

UMFASSENDES QUALITÄTSMANAGEMENT

DIE ERHEBUNG ALLER QUALITÄTSINDIKATOREN IST BEI HIRSLANDEN IN EIN UMFASSENDES QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM EINGEBETTET. DADURCH IST SICHERGESTELLT, DASS DIE AUSWERTUNG DER MESSERGEBNISSE ZUR GRUNDLAGE VON KONKRETEN VERBESSERUNGSMASSNAHMEN WIRD. DAS QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM DER PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN BASIERT AUF INTERNATIONALEN NORMEN UND MODELLEN, DIE SICH IN DER PRAXIS BEWÄHRT HABEN.

TRAUMA-SCREENING, DAMIT DIE SEELE NICHT VERGESSEN GEHT
ERLEBNIS HIRSLANDEN (4/4)

Zu Recht liegt auf der Intensivstation der Fokus ganz auf dem physischen Zustand der Patienten. Was jedoch oft vergessen geht, sind die psychischen Folgen eines solchen Aufenthalts. Während sich die Patienten von den körperlichen Strapazen oft gut erholen, können psychische Symptome über lange Zeit anhalten. Das Spital hat der Patient dann längst verlassen.

Kürzlich erst veröffentlichte eine amerikanische Universität die Ergebnisse einer Studie, laut der 35 Prozent der Patienten, die wegen eines akuten Lungenversagens auf einer Intensivstation lagen, später Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung entwickelten. Dazu zählen Schlafstörungen, Wahnvorstellungen, Alpträume oder auch das schreckhafte Reagieren auf Geräusche.

Einer, der sich seit Jahren mit diesem Thema auseinandersetzt, ist Dirk Knück. Der Pflegeexperte an der Klinik Hirslanden in Zürich hat mit einem norwegischen Kollegen zusammen das sogenannte Intensivtagebuch entwickelt und es 2010 auf der Intensivpflegestation der Klinik Hirslanden eingeführt. Geschrieben werden die Tagebücher von den Pflegefachleuten sowie von den Angehörigen der meist bewusstlosen Patienten. Nach der Verlegung auf die Abteilung ermöglichen die Tagebücher den Patienten, sich mit einer Zeit auseinanderzusetzen, an die sie nur bruchstückhafte und diffuse Erinnerungen haben. Aufarbeitung statt Verdrängung lautet die Devise.

Um herauszufinden, wie viele Intensivpatienten der Klinik Hirslanden überhaupt an Posttraumatischen Belastungsstörungen leiden, führt Dirk Knück seit 2011 ein sogenanntes Trauma-Screening durch. Kurz nach der Verlegung auf die Abteilung sowie noch einmal drei bis sechs Monate später werden ehemalige Intensivpatienten systematisch nach ihrem seelischen Befinden befragt: Woran erinnern Sie sich? Fühlen Sie sich gereizt? Leiden Sie unter Schlafstörungen?

Wie Posttraumatische Belastungsstörungen nach einem Aufenthalt auf der Intensivstation entstehen und ob Intensivtagebücher zu ihrer Reduzierung beitragen, ist durch Langzeitstudien noch zu belegen. Klar ist, dass gemäss einer neuen Umfrage nur acht Prozent der ehemaligen Intensivpatienten der Klinik Hirslanden unter solchen Symptomen leiden. Ein sehr guter Wert, findet nicht nur Dirk Knück.

DIE KLINIK HIRSLANDEN IST DIE ERSTE KLINIK DER DEUTSCHSCHWEIZ, DIE IN IHRER INTENSIVPFLEGESTATION INTENSIVTAGEBÜCHER EINGEFÜHRT HAT UND SEIT 2011 EIN TRAUMA-SCREENING DURCHFÜHRT.

WERTVOLLE PATIENTENRÜCKMELDUNGEN

Die Rückmeldungen von Patienten sind für Hirslanden von grosser Bedeutung, da sie wichtige Hinweise auf Verbesserungen geben können. Das trifft insbesondere auf negatives Feedback zu. Aber auch positive Rückmeldungen sind für das Qualitätsmanagement hilfreich, indem sie sichtbar machen, welche der bereits umgesetzten Optimierungen ihre Wirksamkeit entfalten. Inzwischen sind rund 80 Prozent des Feedbacks positiv. Das Ziel von Hirslanden ist es selbstverständlich, den Anteil positiver Rückmeldungen weiter zu erhöhen.

Zusammen mit den in den vorangegangenen Kapiteln vorgestellten Indikatorensystemen sichert der Umgang mit Patientenrückmeldungen die Produkt- bzw. Ergebnisqualität. Damit die dabei gewonnenen Erkenntnisse zur Grundlage einer kontinuierlichen Verbesserung werden, fliessen sie bei der Privatklinikgruppe Hirslanden in ein professionelles Prozessmanagement ein. Den Rahmen dazu gibt die Prozessnorm für Dienstleistungsbetriebe ISO 9001:2008. Sie prägt das Prozessmanagement, das seinerseits eine Zwischenstufe darstellt in der Orientierung des gesamten Qualitätsmanagements am «Business Excellence»-Modell der Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM). Dieses Modell dient der Evaluation und Standortbestimmung aller Kliniken und der koordinierten, ergebnisorientierten Entwicklung sämtlicher Unternehmensbereiche.

INTERNATIONAL STANDARD ORGANISATION

Das Head Office und alle Kliniken von Hirslanden belegen ihre konsequente Orientierung am Managementsystem nach der ISO-Norm 9001:2008 mit der entsprechenden Zertifizierung. Die Klinik Stephanshorn erhielt die Zertifizierung im abgelaufenen Geschäftsjahr. Die Vorbereitung auf die Zertifizierung dauert in der Regel ca. 15 Monate. Dabei werden alle Geschäftsprozesse analysiert, dokumentiert und zueinander in Beziehung gesetzt. Das Ergebnis ist ein prozessorientiertes Abbild der Klinik. Nicht minder wichtig als die reine Beschreibung sind die Etablierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und seine Dokumentation. Die ISO-Norm 9001:2008 orientiert sich dabei am sogenannten Deming-Kreis, der nach seinem Erfinder W. Edwards Deming benannt ist: Auf die Planung eines Prozesses folgt dessen Umsetzung. Anschliessend wird das Resultat geprüft und allenfalls eine Korrektur oder Anpassung des Prozesses vorgenommen.

In einem externen Audit wird die Zertifizierung nach ISO 9001:2008 jährlich überprüft. Zusammen mit den internen Audits gibt die externe Überprüfung wichtige Hinweise auf Optimierungspotenziale in den Kliniken, deren Ausschöpfung Teil des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wird. Alle Kliniken stützen sich dabei auf ein einheitliches Prozessmanagementsystem. Diese Software bietet einen uneingeschränkten Einblick in die Prozesse aller Kliniken und erleichtert damit das gruppenweite «Lernen von den Besten».

EFQM

Die Stiftung EFQM (ursprünglich European Foundation for Quality Management) wurde 1988 auf Initiative von 14 CEOs grosser Konzerne mit dem Ziel gegründet, die Wettbewerbsfähigkeit europäischer Unternehmen zu stärken. Heute ist das von der Stiftung entwickelte Modell für Business Excellence das in Europa am meisten verbreitete Qualitätsinstrument in Unternehmen. Bereits 2004 haben erste Kliniken von Hirslanden das Modell für Selbstbewertungen eingesetzt. Inzwischen orientiert sich die ganze Gruppe daran. Das EFQM-Modell umfasst neun Kriterien, die unterteilt sind in Befähiger- und Ergebniskriterien. Dabei sind diese Kriterien durch die folgenden Kausalzusammenhänge miteinander verbunden: Exzellente Schlüsselergebnisse, eine hohe Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie gesellschaftsbezogene Ergebnisse sind das Resultat einer Führung mit klarer strategischer Ausrichtung, die sich auf Mitarbeitende, Partnerschaften und gelenkte Prozesse bezieht. Die Abbildung stellt das Modell und diese Zusammenhänge dar. Deutlich wird dabei die zentrale Rolle des Prozessmanagements, bei dem sich die Privatklinikgruppe Hirslanden erfolgreich auf die ISO-Norm 9001:2008 stützt. Das EFQM-Modell geht aber nochmals weit über die Inhalte dieser Norm hinaus, indem es eine ganzheitliche Sicht auf die Ursache- und Wirkungszusammenhänge fördert. Ein weiteres zentrales Element ist der Fokus auf die Nachhaltigkeit. Das Modell stützt sich dabei auf eine Erweiterung des Deming-Kreises. Anhand dieser besonderen Systematik wird der Umsetzungsgrad durch die Abfolge von geplantem Vorgehen, Umsetzung, Bewertung und Überprüfung von Ergebnissen transparent gemacht.

Die Orientierung eines Unternehmens am EFQM-Modell dient zunächst der Selbstbewertung. Darüber hinaus besteht aber auch die Möglichkeit einer Fremdbewertung. Dabei beurteilen externe Assessoren, die in der Anwendung des Modells geschult sind, inwieweit ein Unternehmen die vom EFQM-Modell vorgegebenen Kriterien erfüllt. Hirslanden ist überzeugt, dass die Orientierung an der Business Excellence nach EFQM den Erfolg der Kliniken wie der Gruppe nachhaltig sicherstellt. Dabei ist Erfolg in einem umfassenden Sinne zu verstehen: Er bezieht sich nicht nur auf das Erreichen der Qualitäts- und der betriebswirtschaftlichen Ziele, sondern auch auf das Erzielen einer hohen Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit und auf die Erfüllung der gesellschaftlichen Verantwortung.

ÜBERSICHT EFQM HIRSLANDEN KLINIKEN

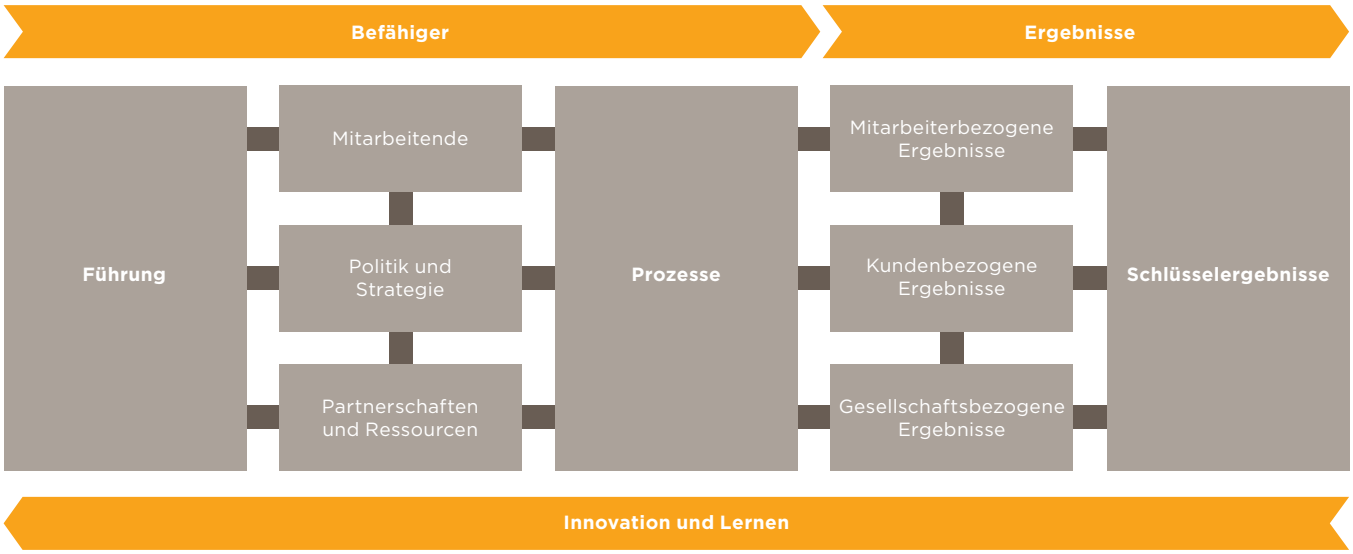
Recognized for Excellence 4* «R4»
- Klinik Hirslanden 2009 (Fremdbewertung)

Recognized for Excellence 3* «R4»
- AndreasKlinik 2013 – Geschäftsjahr 2012/13 (Fremdbewertung)

Committed to Excellence «C2»
- Klinik Im Park 2006
- Klinik St. Anna 2008
- Clinique Bois-Cerf 2010
- Clinique Cecil 2010
- Klinik Belair 2012

Fremdbewertung nach dem EFQM-Modell
- Klink Belair 2012
- Hirslanden Klinik Aarau 2012

Selbstbewertung nach dem EFQM-Modell
- Hirslanden Bern 2011
- Klinik Birshof 2012
- Klinik Am Rosenberg 2012
- Hirslanden Head Office 2012
- Klinik Stephanshorn 2004

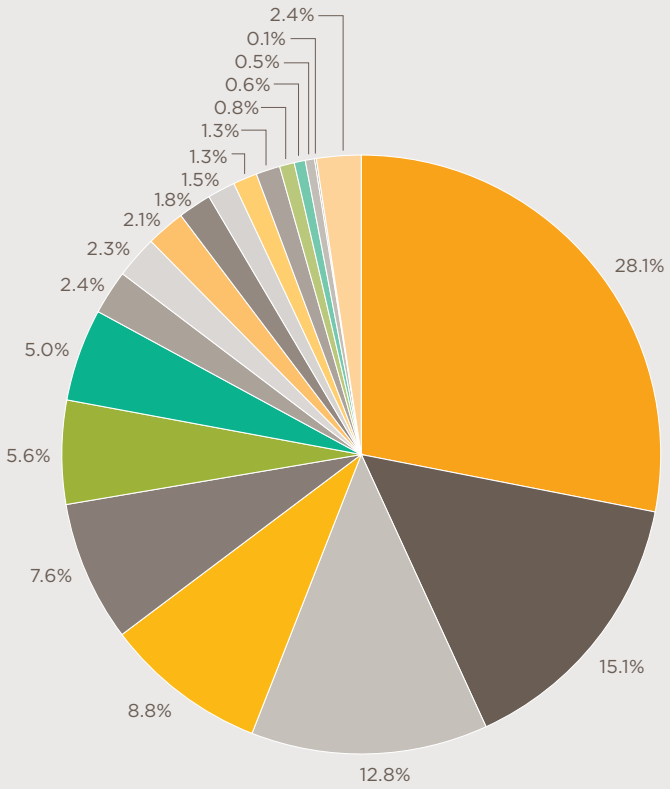


«Eine hohe Patientenzufriedenheit ist unser wichtigstes Qualitätsziel. Das haben wir erreicht, wenn der Patient unser Haus mit einem Lächeln verlässt.»

INA BUSCHENDORF
Stellvertretende Teamleiterin Restaurant,
Salem-Spital, Bern

LEISTUNGSSPEKTRUM

FACHGEBIETE
Die Orthopädie war im Berichtsjahr erneut das stärkste Fachgebiet der Privatklinikgruppe Hirslanden. Ebenfalls unverändert blieb die Rangfolge der weiteren Gebiete Gynäkologie/Geburtshilfe, Kardiologie und Innere Medizin. Aus der Übersicht wird deutlich, dass relevante medizinische Spezialgebiete in einzelnen Kliniken einen grossen Anteil am Leistungsspektrum ausmachen. Das betrifft namentlich die Kardiologie und die Neurowissenschaften mit dem gesamten Spektrum der interventionellen Neuroradiologie und Neurochirurgie. Insgesamt bildeten Leistungen der Grund- und Basisversorgung auch im Berichtsjahr 2012/13 einen Schwerpunkt.



- 28.1% Orthopädie/Sportmedizin
- 15.1% Gynäkologie/Geburtshilfe
- 12.8% Chirurgie/Viszeralchirurgie
- 8.8% Kardiologie
- 7.6% Innere Medizin
- 5.6% Neurochirurgie
- 5.0% Urologie
- 2.4% Oto-Rhino-Laryngologie (ORL)
- 2.3% Herz- und thorakale Gefässchirurgie
- 2.1% Onkologie/Hämatologie
- 1.8% Angiologie/Gefässchirurgie
- 1.5% Handchirurgie
- 1.3% Gastroenterologie
- 1.3% Plastische Chirurgie
- 0.8% Ophthalmologie
- 0.6% Pneumologie
- 0.5% Kiefer- und Gesichtschirurgie
- 0.1% Anästhesiologie/Schmerztherapie
- 2.4% Übrige Fachgebiete

DAS GESCHÄFTSJAHR 2012/13 IN ZAHLEN

STATIONÄRE FALLZAHLEN UND FACHGEBIET JE KLINIK[1]

Bei der Interpretation der Fallzahlen ist zu berücksichtigen, dass in bestimmten Fachgebieten nur sehr wenige Behandlungen einen stationären Aufenthalt erfordern. Die Fachgebietszuordnung basiert aktuell auf dem Fachgebiet des behandelnden Arztes. Verlegungen innerhalb eines stationären Aufenthalts werden in dieser Darstellung nicht berücksichtigt. Ebenfalls nicht ausgewiesen wird ausserdem, wenn ein Arzt in mehreren Fachgebieten tätig ist. So erklären sich zum Teil die tiefen Fallzahlen in einzelnen Gebieten. Ein typisches Beispiel dafür sind Internisten mit einer Zusatzausbildung in Onkologie. Die Daten beziehen sich auf das Geschäftsjahr 2012/13.

AA Hirslanden Klinik Aarau
BS Klinik Beau-Site, Bern
PM Klinik Permanence, Bern
SA Salem-Spital, Bern
AK AndreasKlinik Cham Zug
RO Klinik Am Rosenberg, Heiden
BC Clinique Bois-Cerf, Lausanne
CC Clinique Cecil, Lausanne
ST Klinik St. Anna, Luzern
BI Klinik Birshof, Münchenstein Basel
BE Klinik Belair, Schaffhausen
SH Klinik Stephanshorn, St. Gallen
HI Klinik Hirslanden, Zürich
IP Klinik Im Park, Zürich

Klinik	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2012
Orthopädie/Sportmedizin	2004	95	2544	3539	1404	2768	2043	–	2117	1718	677	1149	2298	909	23265
Gynäkologie/Geburtshilfe	1520	–	18	2340	892	–	–	1125	1324	8	23	1530	2602	1072	12454
Chirurgie/Viszeralchirurgie	1178	1688	228	796	555	35	25	586	949	63	247	455	2544	1197	10546
Kardiologie	642	1858	–	–	–	–	–	355	752	–	–	–	1818	1888	7313
Innere Medizin	1216	643	330	1348	159	–	166	319	863	–	–	–	1101	103	6248
Urologie	526	443	58	185	119	–	199	333	535	–	23	477	893	303	4094
Neurochirurgie	115	168	35	964	214	–	–	243	1119	55	129	679	634	235	4590
Onkologie/Hämatologie	383	317	–	–	100	–	159	–	275	–	–	15	269	205	1723
Oto-Rhino-Laryngologie (ORL)	296	–	152	–	77	34	90	–	311	249	–	149	529	61	1948
Handchirurgie	278	–	99	–	–	442	56	15	–	158	–	23	57	151	1279
Herz- und thorakale Gefässchirurgie	189	453	–	–	–	–	–	175	–	–	–	–	773	276	1866
Angiologie/Gefässchirurgie	152	89	–	31	29	–	–	–	505	–	–	–	394	271	1471
Gastroenterologie	27	106	–	62	30	–	–	15	333	–	–	19	371	95	1058
Pneumologie	26	12	–	127	–	–	–	39	262	–	–	–	–	30	496
Ophthalmologie	–	–	24	–	–	–	19	–	39	–	67	–	212	304	665
Plastische Chirurgie	112	–	118	70	20	43	46	73	170	55	19	263	99	27	1115
Anästhesiologie/Schmerztherapie	–	–	–	–	–	12	–	93	–	–	–	–	13	–	118
Kiefer- und Gesichtschirurgie	137	50	57	–	–	–	40	10	8	29	–	–	–	77	408
Rheumatologie/Physikalische Medizin und Rehabilitation	–	–	–	69	–	–	–	–	55	12	–	–	111	–	247
Thoraxchirurgie	–	168	–	–	–	–	–	91	38	–	–	–	320	–	617
Neurologie	15	–	–	–	–	–	–	–	104	–	–	–	282	17	418
Weitere Fachgebiete	19	2	–	16	64	–	35	33	60	–	8	8	29	23	297
Nephrologie	17	14	–	31	–	–	–	16	11	–	–	–	–	66	155
Radiologie/Neuroradiologie	6	25	–	–	–	–	100	–	9	–	–	–	77	–	217
Radio-Onkologie/Strahlentherapie	40	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	40
Total	8898	6131	3663	9578	3663	3334	2978	3528	9839	2347	1193	4767	15426	7310	82655

[1] Stationäre Austritte im Geschäftsjahr 2012/13 ohne Neugeborene

Diese Fachgebietsaufteilung gibt das Fachgebiet des fallführenden Arztes wieder und basiert nicht auf der Zuordnung nach Spital-Leistungsgruppen. Fallzahlen < 5 werden unter «weitere Fachgebiete» summiert.

SCHWEIZWEITE UMSETZUNG VON SWISSDRG

NEUE SPITALFINANZIERUNG
Die Privatklinikgruppe Hirslanden blickt auf das erste volle Geschäftsjahr zurück, in dem alle stationären Spitalleistungen innerhalb der obligatorischen Grundversicherung (KVG) nach Fallpauschalen abgerechnet wurden. Dieser Wechsel vom Prinzip der Kostenerstattung zu einem Preissystem ist das zentrale Element der neuen Spitalfinanzierung, die am 1. Januar 2012 schweizweit in Kraft trat.

Fallpauschalensysteme weisen zwei Hauptmerkmale auf: Erstens werden Spitäler pro Behandlungsfall pauschal vergütet, d. h. unabhängig davon, wie lange der Spitalaufenthalt eines Patienten tatsächlich dauert. Zweitens können Spitäler neben der Pauschale in der Regel keine zusätzlichen Leistungen in Rechnung stellen, da mit einer Fallpauschale neben den pflegerischen Leistungen, der Klinikinfrastruktur, der Diagnostik sowie dem verwendeten Verbrauchs- und Implantationsmaterial auch sämtliche Leistungen der Ärzteschaft abgegolten sind.

Das schweizweit einheitliche Fallpauschalensystem hat zum Ziel, den Qualitäts- und Preiswettbewerb zwischen den Spitälern zu stärken, indem ein hohes Mass an Transparenz und Vergleichbarkeit hergestellt wird. Gleichzeitig soll das System eine leistungsgerechte Abgeltung der unterschiedlichen Behandlungsfälle sicherstellen.

DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG)
Die Grundlage von Fallpauschalensystemen bilden sogenannte Diagnosis Related Groups (DRG). Anhand derer werden die stationären Patientenbehandlungen in akutsomatischen Spitälern in medizinisch und wirtschaftlich homogene, d. h. aufwandsgleiche Fallgruppen eingeteilt. Das wichtigste Kriterium für die Zuteilung eines Patienten zu einer DRG stellt die Hauptdiagnose bei seinem Spitalaustritt dar. Dazu kommen weitere Kriterien wie Nebendiagnosen und Prozeduren, der Schweregrad, die Aufenthaltsdauer sowie das Alter und das Geschlecht des Patienten. Bei Neugeborenen zählt ausserdem noch das Geburtsgewicht. Bei der Zuordnung einer Hospitalisation zu einer bestimmten DRG kommt eine Gruppierungssoftware (Grouper) zum Einsatz. Dabei werden alle Diagnosen und Prozeduren mit entsprechenden Codes erfasst. Diese Codierung, die nach festgesetzten Regeln erfolgt, wird von eigens für diese Aufgabe ausgebildeten Codierern durchgeführt.

SWISSDRG
Das Fallpauschalensystem, das in der Schweiz zum Einsatz kommt, heisst SwissDRG. Es ist eine Adaptation des deutschen DRG-Tarifmodells an die schweizerischen Verhältnisse. Um sicherzustellen, dass SwissDRG stets die aktuelle Versorgungsrealität in den Schweizer Spitälern widerspiegelt, wird das System laufend dem medizinisch-technischen Fortschritt angepasst. Verantwortlich dafür ist die Organisation SwissDRG AG, die von den Krankenversicherern, den Kantonen und den Spitälern gemeinsam getragen wird.

MDC
Die Beschreibung der verschiedenen Behandlungsgruppen in DRG-Systemen erfolgt auf einer ersten Ebene anhand der Hauptdiagnosekategorien (Major Diagnostic Categories – MDC). Sie gliedern die DRG üblicherweise nach Organsystemen und Krankheitsentitäten. Die Tabelle stellt die häufigsten MDC in den Hirslanden Kliniken dar. Dabei wird nochmals der hohe Anteil von Fällen innerhalb der Orthopädie (MDC 8), der Geburtshilfe (MDC 14 und 15) und der Kreislaufmedizin (MDC 5) deutlich. Die Auswertung für das Jahr 2012 beruht auf dem in der Schweiz seit dem 1. Januar 2012 geltenden SwissDRG-System. DRG-Systeme erfahren jeweils zum Ende eines Kalenderjahres einen Versionswechsel des Katalogs. Deshalb beziehen sich die folgenden Auswertungen auf das Kalenderjahr 2012. Im Vergleich zu 2011 gibt es nur ganz geringfügige Veränderungen.

AA Hirslanden Klinik Aarau
BS Klinik Beau-Site, Bern
PM Klinik Permanence, Bern
SA Salem-Spital, Bern
AK AndreasKlinik Cham Zug
RO Klinik Am Rosenberg, Heiden
BC Clinique Bois-Cerf, Lausanne
CC Clinique Cecil, Lausanne
ST Klinik St. Anna, Luzern
BI Klinik Birshof, Münchenstein Basel
BE Klinik Belair, Schaffhausen
SH Klinik Stephanshorn, St. Gallen
HI Klinik Hirslanden, Zürich
IP Klinik Im Park, Zürich

HAUPTDIAGNOSEKATEGORIE (SWISSDRG)

MDC	Bezeichnung	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2012
8	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	2655	336	2801	4801	1622	3045	2028	273	3385	1832	808	1761	3678	1755	30780
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	1348	2392	68	479	143	26	25	684	1174	46	11	51	2932	2308	11687
6	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	775	1198	163	563	333	4	40	285	1093	10	180	253	1699	592	7188
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	887	1		1187	604			648	892			978	1273	620	7090
15	Neugeborene	798			1104	565			572	865			828	1097	532	6361
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechts-organe	476	31	10	844	203		9	429	311	9	33	368	860	391	3974
9	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	378	47	70	293	150	59	60	167	395	46	15	474	606	176	2936
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	330	253	43	204	62		204	212	318	3	22	161	602	185	2599
3	Krankheiten und Störungen des Ohrs, der Nase, des Mundes und des Halses	445	58	209	44	79	33	138	15	333	291	1	136	519	158	2459
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	258	83	43	190	66	106	43	91	377	61	9	17	736	200	2280

DIAGNOSEN UND OPERATIONEN

ICD UND CHOP

Zur Ermittlung einer DRG wird eine Codierung der Diagnosen und Prozeduren durchgeführt. Dabei beruht die Codierung der Diagnosen und Nebendiagnosen auf dem ICD-Katalog (International Classification of Diseases), jene der Operationen und Behandlungen erfolgt anhand des CHOP-Katalogs (Schweizerische Operationsklassifikation). Die erste Tabelle gibt eine Übersicht über die Verteilung der Hauptdiagnosen in den Hirslanden Kliniken. Abermals auf den vordersten Plätzen liegen die Diagnosen, die eine Geburt oder das Neugeborene beschreiben. Ein ähnliches Bild vermittelt der Überblick über die Prozeduren bzw. CHOP-Codes. Dabei ist zu beachten, dass hier im Unterschied zur Diagnosecodierung eine Auswertung anhand aller dokumentierten Prozeduren vorgenommen wird. Ausgenommen sind davon jedoch jene Prozeduren, die nicht im Operationssaal durchgeführt werden bzw. die keine Intervention darstellen. Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, finden die meisten Operationen und Interventionen in der Orthopädie und der Kardiologie statt. Der hohe Differenzierungsgrad der Katalogwerke und die darauf basierende Zuordnung der Behandlungsfälle machen Rückschlüsse auf übergeordnete Summenbildungen schwierig. So stimmt etwa die weiter oben ausgewiesene Anzahl Neugeborener nicht mit der Anzahl der Fälle mit der Hauptdiagnose Z38.0 überein, da ein Neugeborenes mitunter anhand weiterer Diagnosen beschrieben wird. Nur sehr bedingt möglich ist ein Vergleich der hier dargestellten Diagnosen und Prozeduren mit jenen des Vorjahres. Das hängt zum einen damit zusammen, dass die Katalogwerke und damit die Codierungsrichtlinien von Jahr zu Jahr leicht ändern. Zum anderen wurde zur Erhöhung der Übersichtlichkeit für das Jahr 2012 statt eines fünfstelligen Codes generell die Konsolidierung auf drei Stellen gewählt. Grundsätzlich lässt sich aber festhalten, dass die Dokumentationsgenauigkeit weiter angestiegen ist, was nicht zuletzt der Orientierung der Codierung an SwissDRG zu verdanken ist.

AA Hirslanden Klinik Aarau
BS Klinik Beau-Site, Bern
PM Klinik Permanence, Bern
SA Salem-Spital, Bern
AK AndreasKlinik Cham Zug
RO Klinik Am Rosenberg, Heiden
BC Clinique Bois-Cerf, Lausanne
CC Clinique Cecil, Lausanne
ST Klinik St. Anna, Luzern
BI Klinik Birshof, Münchenstein Basel
BE Klinik Belair, Schaffhausen
SH Klinik Stephanshorn, St. Gallen
HI Klinik Hirslanden, Zürich
IP Klinik Im Park, Zürich

HAUPTDIAGNOSE (ICD)

ICD	Bezeichnung	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2012
Z38	Lebendgeborene nach Geburtsort	730			554	534			437	608			735	522	413	4 533
M23	Binnenschädigung des Kniegelenks (internal derangement)	378	18	791	623	231	459	359		209	240	75	231	494	196	4 304
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks und der Bänder des Kniegelenks	231	5	468	218	147	292	239		160	222	38	68	380	173	2 641
M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenks)	182	24	224	446	143	335	193		210	179	146	65	248	103	2 498
125	Chronische ischämische Herzkrankheit	130	544			2			169	264				621	405	2 135
M75	Schulterläsionen	118	28	183	264	113	224	105		126	217	67	183	136	152	1 916
M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenks)	177	16	97	362	104	229	123	1	228	116	106	43	185	114	1 901
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	155	37	27	379	71	46	57	118	395	55	62	200	173	57	1 832
K40	Hernia inguinalis	178	212	78	143	101	3	1	75	226	8	74	128	343	169	1 739
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	114	5	44	376	70	144	237		196	68	76	73	91	92	1 586

HAUPTBEHANDLUNG (CHOP)

CHOP	Bezeichnung	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2012
80.6	Meniskektomie am Knie	437	22	839	645	291	525	285		207	300	52	176	541	212	4 532
81.5	Gelenksersatz der unteren Extremitäten	360	37	311	821	215	509	305	1	480	272	250	119	435	208	4 323
74.1	Tiefe zervikale Sectio caesarea	374			365	274			261	338			414	591	249	2 866
81.4	Sonstige Rekonstruktion an Gelenken der unteren Extremitäten	179	4	426	305	142	249	313		163	162	63	102	320	174	2 602
80.5	Exzision oder Destruktion eines Discus intervertebralis	109	35	12	341	41	66	46	97	275	44	58	158	137	46	1 465
77.5	Plastische Rekonstruktion bei Hallux valgus und anderen Deformitäten der Zehen	105	5	40	355	57	78	190		203	63	69	76	78	81	1 400
81.8	Arthroplastik und plastische Rekonstruktion an Schultergelenk und Ellbogen	42	20	155	197	86	209	94		110	89	30	138	117	68	1 355
38.5	Ligatur und Stripping von Varizen	211	12	26	241	82	23	8	56	167	46	8	48	218	147	1 293
79.3	Offene Reposition einer Fraktur mit innerer Knochenfixation	123	3	154	93	71	103	69	4	182	77	12	17	290	43	1 241
78.6	Knochenimplantatentfernung	90	17	100	157	50	135	102		94	69	20	63	241	52	1 190

DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG)

HÄUFIGKEIT DER SWISSDRG IN DEN KLINIKEN VON HIRSLANDEN

Am häufigsten sind in der Regel jene Fälle, die nicht nur in grosser Zahl, sondern auch relativ homogen auftreten. Wie bei vielen Spitälern sind dies auch bei Hirslanden die Geburten und die Kniegelenkeingriffe. Weitere häufige DRG betreffen den Gelenkersatz und Massnahmen am Herz.

AA Hirslanden Klinik Aarau
BS Klinik Beau-Site, Bern
PM Klinik Permanence, Bern
SA Salem-Spital, Bern
AK AndreasKlinik Cham Zug
RO Klinik Am Rosenberg, Heiden
BC Clinique Bois-Cerf, Lausanne
CC Clinique Cecil, Lausanne
ST Klinik St. Anna, Luzern
BI Klinik Birshof, Münchenstein Basel
BE Klinik Belair, Schaffhausen
SH Klinik Stephanshorn, St. Gallen
HI Klinik Hirslanden, Zürich
IP Klinik Im Park, Zürich

ANZAHL DIAGNOSEN/BEHANDLUNGEN JE FALL

2012	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP
Ø Anzahl Diagnosen	3.6	4.4	2.4	3.3	4.2	3.5	2.9	3.8	4.5	3.1	2.9	2.2	3.6	3.9
Ø Anzahl Prozeduren	4.2	4.2	2.3	2.9	2.3	3.1	3.1	3.1	2.6	2.6	3.5	2.4	3.9	4.3

DIE HÄUFIGSTEN SWISSDRG

DRG	Gesamt	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2012
I30	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	662	26	1427	1020	435	867	654		410	501	116	354	981	402	7855
P67	Neugeborenes, Aufnahmegewicht >2499 g, ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung >95 Stunden	736			1041	518			515	799			765	1029	499	5902
O60	Vaginale Entbindung	389			705	242			276	465			397	451	237	3162
O01	Sectio caesarea	377			367	304			272	373			416	606	279	2994
I20	Eingriffe am Fuss	173	8	96	591	165	276	269	1	329	143	109	138	206	160	2664
I53	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion	204	80	30	487	126	61	49	171	497	115	82	218	311	88	2519
I43	Implantation oder vollständiger Wechsel einer Endoprothese am Kniegelenk	143	25	210	420	110	282	150		202	174	148	66	210	76	2216
F49	Invasive kardiologische Diagnostik ausser bei akutem Myokardinfarkt	111	763						97	123				540	463	2097
I47	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, mit komplizierendem Eingriff, ohne äusserst schwere CC	195	10	111	373	118	213	134		234	115	95	46	209	118	1971
I29	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk	145	26	118	238	107	128	181		94	185	58	79	148	165	1672

CODIERUNGSSCHEMA BEI SWISSDRG

Jede der rund 1000 DRG im SwissDRG-Katalog wird durch einen vierstelligen Code und eine Textbezeichnung beschrieben. Das erste Zeichen bezieht sich auf die weiter oben erläuterte MDC, wobei die Ziffern aus den MDC in Buchstaben (A bis Z) übersetzt werden. Die nächsten beiden Zeichen sind Ziffern (01 bis 99) und bezeichnen als sogenannte Basis-SwissDRG die Diagnosen und Prozeduren. Das vierte Zeichen schliesslich gibt die Schweregradkategorie an (A bis H und Z, wobei A für den höchsten Schweregrad steht).

CASEMIXINDEX

Um Spitalleistungen nach Fallpauschalen abzurechnen, wird in DRG-Systemen jedem stationären Behandlungsfall ein Kostengewicht beigemessen. Dadurch werden die verschiedenen DRG hinsichtlich ihres Ressourcenbedarfs miteinander vergleichbar. Wenn man die Summe der Kostengewichte aller stationären Fälle eines Jahres durch die Gesamtzahl der Fälle dividiert, erhält man den sogenannten Casemixindex einer Klinik. Als Kumulativparameter gibt er einen ersten Hinweis auf den Schweregrad der in einer Klinik behandelten Fälle. Im Fokus steht dabei allerdings allein der wirtschaftliche Aufwand. Das bedeutet, dass etwa teure Implantate ein ähnlich hohes Gewicht aufweisen wie aufwendige Behandlungen eines Patienten auf der Intensivstation.

Die Codierqualität hat seit der Einführung von SwissDRG nochmals erheblich zugenommen, sodass die Dokumentation der Codes ein immer genaueres Bild der Behandlungswirklichkeit vermittelt. Dadurch werden detaillierte und aussagekräftige Vergleiche zwischen den einzelnen Kliniken möglich.

AA Hirslanden Klinik Aarau
BS Klinik Beau-Site, Bern
PM Klinik Permanence, Bern
SA Salem-Spital, Bern
AK AndreasKlinik Cham Zug
RO Klinik Am Rosenberg, Heiden
BC Clinique Bois-Cerf, Lausanne
CC Clinique Cecil, Lausanne
ST Klinik St. Anna, Luzern
BI Klinik Birshof, Münchenstein Basel
BE Klinik Belair, Schaffhausen
SH Klinik Stephanshorn, St. Gallen
HI Klinik Hirslanden, Zürich
IP Klinik Im Park, Zürich

CASEMIXINDEX

SwissDRG	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP
CMI	1.1	1.5	0.8	0.9	0.8	1.1	0.9	1.1	1.1	1.0	1.1	0.9	1.2	1.2

Stationäre Austritte Kalenderjahr 2012 inklusive Neugeborene und neu inklusive UVG-Versicherte
(2011 noch nicht nach SwissDRG abgerechnet)

HERZMEDIZIN

Die unten stehende Tabelle zeigt verschiedene Eingriffe und Interventionen in der Herzmedizin und ihren relativen Anteil an der Gesamtzahl erbrachter Leistungen in diesen Indikationen in der Schweiz. Die hohen Anteile unterstreichen die starke akutmedizinische operative und interventionelle Ausrichtung der Kliniken. Bei einzelnen Indikationen wird jeder vierte erwachsene Patient in einer Hirslanden Klinik behandelt.

Eingriffe	Fallzahl Hirslanden	Anteil Hirslanden an der Häufigkeit in der Schweiz
Koronarer Bypass	691	25.5%
Herzklappeneingriffe	694	26.2%
Perkutan-kardiovaskuläre Eingriffe	2922	17.3%
Implantation eines automatischen Herzdefibrillators	152	14.9%
Kreislaufstörungen mit Herzkatheter	2419	18.6%
Implantation und Ersatz eines permanenten Herzschrittmachers	620	14.1%

Quelle: BfS – Bundesamt für Statistik

INFRASTRUKTUR DER KLINIKEN

	Hirslanden Klinik Aarau	Klinik Beau-Site, Bern	Klinik Permanence, Bern	Salem-Spital, Bern	AndreasKlinik Cham Zug	Klinik Am Rosenberg, Heiden	Clinique Bois-Cerf, Lausanne
Betten total (stationär)	**145**	**112**	**47**	**169**	**56**	**62**	**66**
Betten in Einzelzimmern	54	25	15	40	14	14	18
Betten in Doppelzimmern	71	72	17	70	26	39	48
Betten in Mehrbettzimmern	20	15	15	59	16	9	0
Betten in Spezialabteilungen							
Intensivstation	8	12	0	0	0	0	0
Intermediate Care	0	13	2	16	7	0	0
Coronary Care Unit	0	13	0	0	0	0	0
Aufwachraum	9	0	7	8	5	3	11
Tagesklinik	17	6	8	8	15	6	18
Notfallstation Betten	6	1	8	5	5 (Notfall-aufnahme)	0	0
Operationssäle und Gebärsäle							
Hauptoperationssäle	7	4	3	7	4	4	5
Operationssäle Tagesklinik	0	0	0	0	0	1	1
Gebärsäle	2	0	0	3	3	0	0
Medizintechnik							
MRI (Magnetresonanztomograph)	2	1	0	1	0	0	1
CT (Computertomograph)	2	1	0	1	0	0	2
Herzkatheterlabor	2	2	0	0	0	0	0
inkl. Elektrophysiologielabor	×	×	0	0	0	0	0
Nuklearmedizin	0	0	0	0	0	0	0
LINAC (Linearbeschleuniger)	1	0	0	0	0	0	1
IORT (intraoperative Radiotherapie)	0	0	0	0	0	0	0
CyberKnife	0	0	0	0	0	0	0
Operationsroboter	1	1	0	0	0	0	0
Dialyseplätze	8	0	0	10	0	0	0

* davon 1 Sectiosaal

Stand 31.03.2013

	Clinique Cecil, Lausanne	Klinik St. Anna, Luzern	Klinik Birshof, Münchenstein Basel	Klinik Belair, Schaffhausen	Klinik Stephanshorn, St. Gallen	Klinik Hirslanden, Zürich	Klinik Im Park, Zürich	Total
	86	**190**	**43**	**28**	**85**	**259**	**139**	**1487**
	44	66	13	3	10	163	31	510
	42	88	26	22	60	96	108	785
	0	36	4	3	15	0	0	192
	7	6	0	0	0	14	8	55
	0	4	4	0	5	0	0	51
	10	0	0	0	0	0	0	23
	7	7	10	6	4	16	10	103
	5	10	8	0	9	15	14	139
	0	8	0	0	5	10	0	48
	4	6	4	2	5	10	6	71
	2	1	0	0	1	2	2	10
	2	3	0	0	4	3	3*	22
	1	3	0	0	3	6	3	21
	1	1	0	0	1	3	2	14
	2	1	0	0	0	5	3	15
	×	×	0	0	0	×	×	
	1	2	0	0	0	2	0	5
	0	0	0	0	0	2	0	4
	0	0	0	0	0	1	0	1
	0	0	0	0	0	1	0	1
	0	0	0	0	0	1	0	3
	23	10	0	0	0	0	12	63

ÜBERSICHT FACHGEBIETE PRO KLINIK

	Hirslanden Klinik Aarau	Klinik Beau-Site, Bern	Klinik Permanence, Bern	Salem-Spital, Bern	AndreasKlinik Cham Zug	Klinik Am Rosenberg, Heiden	Clinique Bois-Cerf, Lausanne	Clinique Cecil, Lausanne	Klinik St. Anna, Luzern	Klinik Birshof, Münchenstein Basel	Klinik Belair, Schaffhausen	Klinik Stephanshorn, St. Gallen	Klinik Hirslanden, Zürich	Klinik Im Park, Zürich
Anästhesiologie/Schmerztherapie	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Angiologie/Gefässchirurgie	×	×		×	×			×	×			×	×	×
Chirurgie	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Gastroenterologie	×	×	×	×	×			×	×			×	×	×
Gynäkologie/Geburtshilfe	×		×	×	×			×	×	×	×	×	×	×
Handchirurgie	×		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Herz- und thorakale Gefässchirurgie	×	×						×	×				×	×
Infektiologie	×	×	×	×	×		×	×	×				×	×
Innere Medizin	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Kardiologie	×	×	×	×	×			×	×			×	×	×
Kiefer- und Gesichtschirurgie	×	×	×		×		×	×	×	×			×	×
Kinder- und Jugendmedizin	×			×	×		×		×			×	×	×
Nephrologie	×	×		×				×	×				×	×
Neurochirurgie	×	×	×	×	×	×		×	×	×	×	×	×	×
Neurologie	×	×	×	×	×			×	×				×	×
Neuroradiologie	×						×		×				×	×
Onkologie/Hämatologie	×	×		×	×		×		×			×	×	×
Ophthalmologie	×		×		×		×		×		×		×	×
Orthopädie/Sportmedizin	×	×	×	×	×	×	×		×	×	×	×	×	×
Oto-Rhino-Laryngologie (ORL)	×	×	×		×	×	×		×	×		×	×	×
Plastische Chirurgie	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Pneumologie	×	×		×			×	×	×			×	×	×
Radiologie	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Radio-Onkologie/Strahlentherapie	×						×						×	
Rheumatologie/ Physikalische Medizin und Rehabilitation	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Thoraxchirurgie	×	×		×				×	×				×	×
Urologie	×	×	×	×	×		×	×	×		×	×	×	×
Viszeralchirurgie	×	×	×	×	×			×	×	×	×	×	×	×

STRATEGISCHE PARTNERSCHAFTEN – ZUM WOHL UNSERER PATIENTEN

Die enge Zusammenarbeit zwischen der Privatklinikgruppe Hirslanden und ihren strategischen Partnern bildet die Basis für die Entwicklung von innovativen Prozessen, Dienstleistungen und Produkten.

DIE 14 KLINIKEN DER PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN

Klinik Birshof
24-h-Orthopädisches
Notfallzentrum
Reinacherstrasse 28
CH-4142 Münchenstein
T +41 61 335 22 22
F +41 61 335 22 05
klinik-birshof@hirslanden.ch

Hirslanden Klinik Aarau
24-h-Notfallzentrum
(inkl. Herznotfall)
Schänisweg
CH-5001 Aarau
T +41 62 836 70 00
F +41 62 836 70 01
klinik-aarau@hirslanden.ch

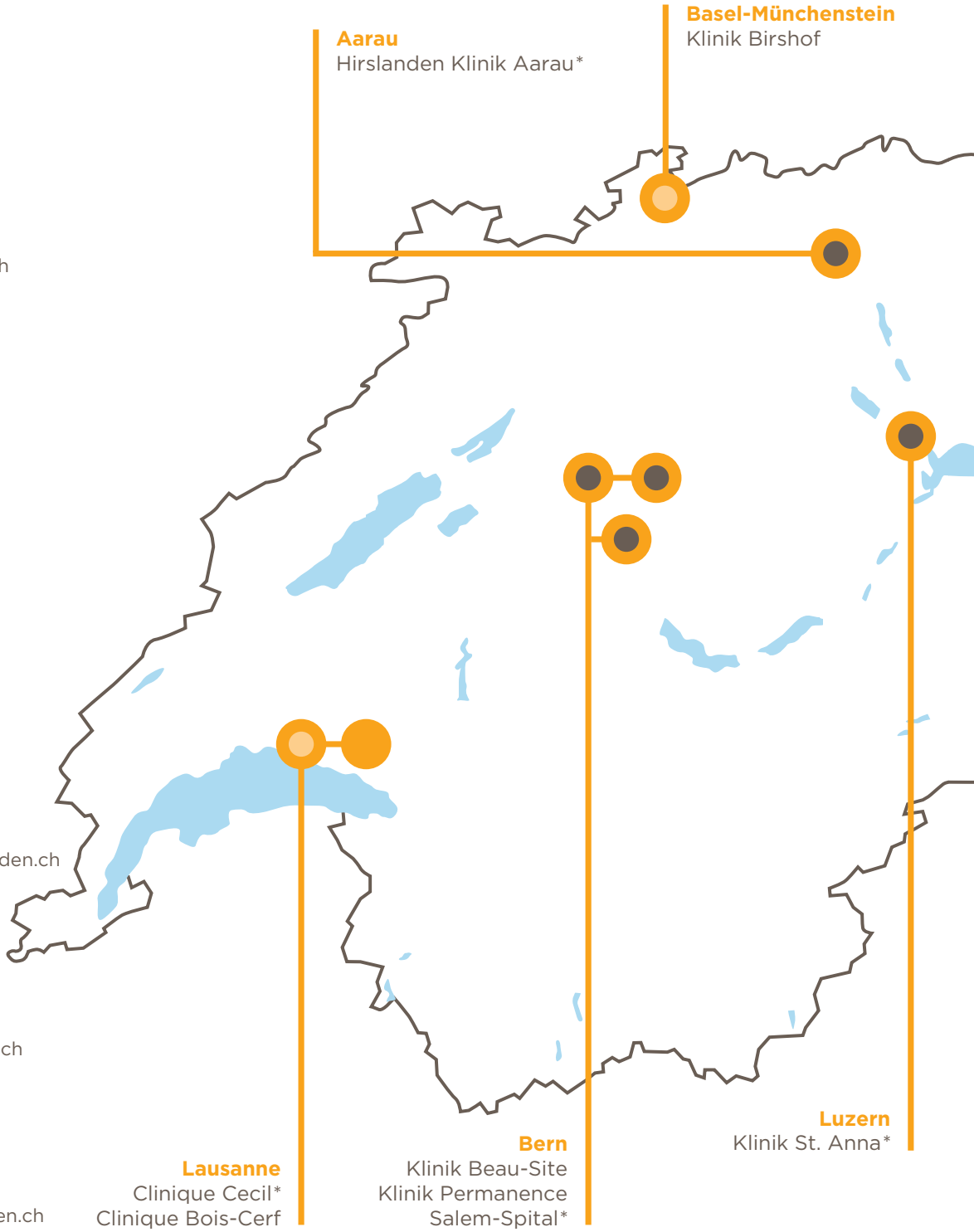
Salem-Spital
24-h-Notfallzentrum
Schänzlistrasse 39
CH-3013 Bern
T +41 31 337 60 00
F +41 31 337 69 30
salem-spital@hirslanden.ch

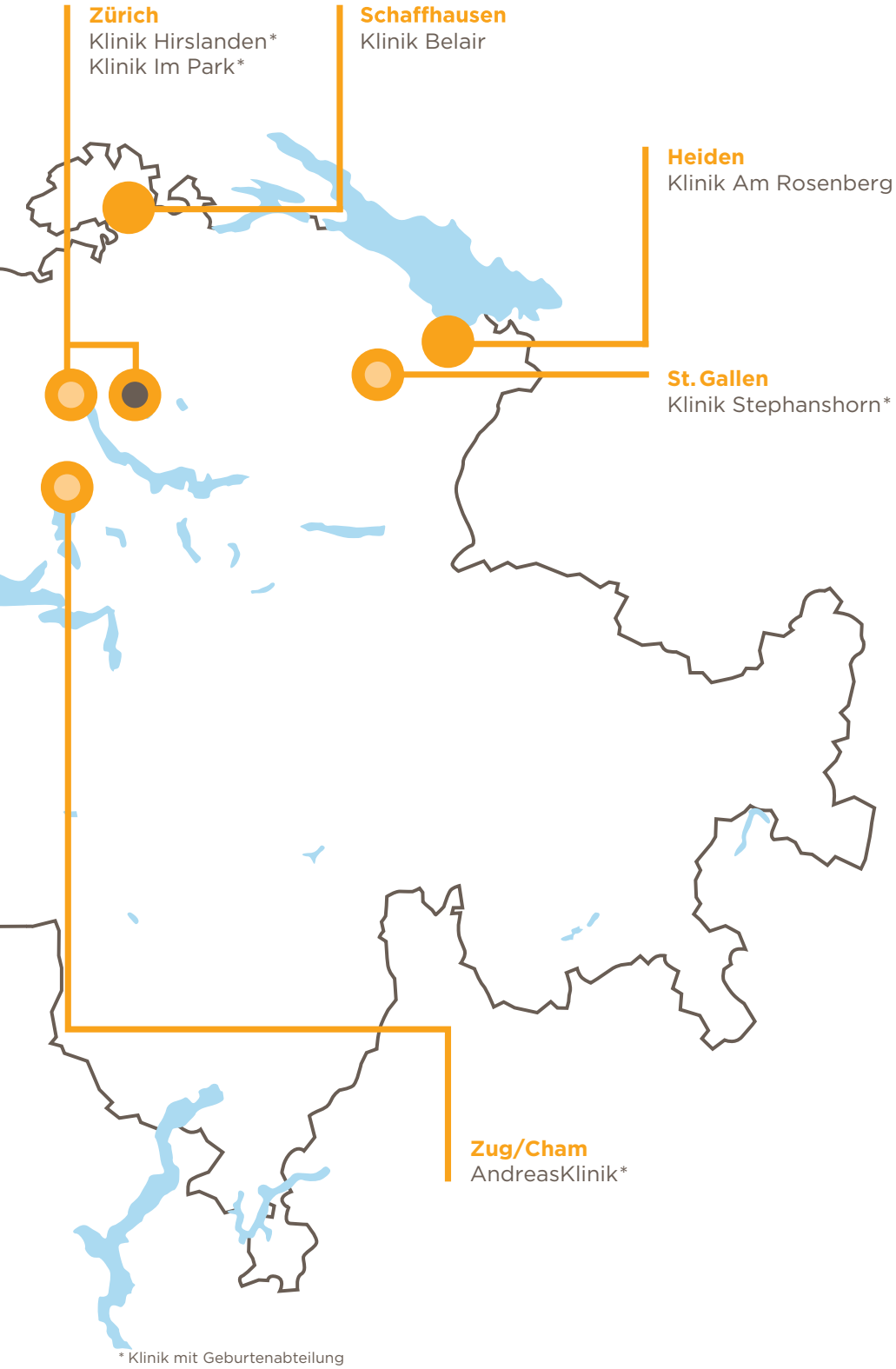
Klinik Permanence
24-h-Notfallzentrum
Bümplizstrasse 83
CH-3018 Bern
T +41 31 990 41 11
F +41 31 991 68 01
klinik-permanence@hirslanden.ch

Klinik Beau-Site
24-h-Herznotfall
Schänzlihalde 11
CH-3013 Bern
T +41 31 335 33 33
F +41 31 335 37 72
klinik-beausite@hirslanden.ch

Clinique Bois-Cerf[2]
Avenue d'Ouchy 31
CH-1006 Lausanne
T +41 21 619 69 69
F +41 21 619 68 25
clinique-boiscerf@hirslanden.ch

Clinique Cecil[2]
Avenue Ruchonnet 53
CH-1003 Lausanne
T +41 21 310 50 00
F +41 21 310 50 01
clinique-cecil@hirslanden.ch





* Klinik mit Geburtenabteilung

Notfall
In den Hirslanden-Notfallstationen stehen rund um die Uhr speziell ausgebildete interdisziplinäre Teams aus Ärzten und Pflegefachpersonen im Einsatz. Schwerstverletzte Patienten sowie solche mit schweren Verbrennungen werden in den Notfallstationen stabilisiert, bevor sie in eine Schwerpunktklinik verlegt werden. Für dringliche stationäre Aufnahmen stehen in einigen Kliniken zusätzlich Notfallaufnahmen zur Verfügung.

[1] Notfallmässige Spitaleinweisung durch den behandelnden Arzt
[2] Notfallzentrum Hirslanden Lausanne 5/7, von 7 bis 20 Uhr, Clinique Cecil, Avenue Ruchonnet 53, CH-1003 Lausanne

Klinik Im Park[1]
24-h-Notfallaufnahme
Seestrasse 220
CH-8027 Zürich
T +41 44 209 21 11
F +41 44 209 20 11
klinik-impark@hirslanden.ch

Klinik Hirslanden
24-h-Notfallzentrum
(inkl. Herznotfall)
Witellikerstrasse 40
CH-8032 Zürich
T +41 44 387 21 11
F +41 44 387 22 33
klinik-hirslanden@hirslanden.ch

Klinik Belair
Rietstrasse 30
CH-8201 Schaffhausen
T +41 52 632 19 00
F +41 52 625 87 07
klinik-belair@hirslanden.ch

Klinik Stephanshorn
24-h-Notfallaufnahme
Brauerstrasse 95
CH-9016 St. Gallen
T +41 71 282 71 11
F +41 71 282 75 30
klinik-stephanshorn@hirslanden.ch

Klinik Am Rosenberg
Hasenbühlstrasse 11
CH-9410 Heiden
T +41 71 898 52 52
F +41 71 898 52 77
klinik-amrosenberg@hirslanden.ch

AndreasKlinik Cham Zug
24-h-Notfallaufnahme
Rigistrasse 1
CH-6330 Cham
T +41 41 784 07 84
F +41 41 784 09 99
info.andreasklinik@hirslanden.ch

Klinik St. Anna
24-h-Notfallzentrum
(inkl. Herznotfall)
St. Anna-Strasse 32
CH-6006 Luzern
T +41 41 208 32 32
F +41 41 370 75 76
klinik-stanna@hirslanden.ch

«Qualität bedeutet für mich, die Zufriedenheit des Hausarztes ins Zentrum zu stellen.»

MONIQUE SCHWANDER
Relationship-Managerin,
Klinik Im Park, Zürich

«Qualität ist eine Geisteshaltung: konsequent und mit Weitblick das Beste anzustreben, statt sich mit dem Erreichten zu begnügen.»

DR. MICHAEL BETZ
Facharzt FMH für Radio-Onkologie,
Institut de radio-oncologie,
Clinique Bois-Cerf, Lausanne

«Persönliche Betreuung und ein flexibler Service sind nicht nur Schlagworte, sondern werden bei Hirslanden umfassend gelebt.»

JEANNETTE BENITO
Patientin,
Hirslanden Klinik Aarau

«Jeder Patient will bei seiner Behandlung die bestmögliche Qualität. Diese Forderung ist absolut und uneingeschränkt.»

OTTO BITTERLI
CEO Sanitas

«Die Hirslanden Kliniken nehmen ihre soziale Verantwortung wahr, wenn sie die hohe Behandlungsqualität für alle Patienten stets im Auge behalten.»

JEAN-FRANÇOIS STEIERT
SP-Nationalrat FR,
Vizepräsident Schweiz. Dachverband
Patientenstellen

«Eine hohe Patientenzufriedenheit ist unser wichtigstes Qualitätsziel. Das haben wir erreicht, wenn der Patient unser Haus mit einem Lächeln verlässt.»

INA BUSCHENDORF
Stellvertretende Teamleiterin Restaurant,
Salem-Spital, Bern

«QUALITÄT VERBINDET.»

HIRSLANDEN
SEEFELDSTRASSE 214
CH-8008 ZÜRICH
T +41 44 388 85 85
UNTERNEHMENSKOMMUNIKATION@HIRSLANDEN.CH

WWW.HIRSLANDEN.CH/JAHRESBERICHT

IMPRESSUM

Herausgeber: Privatklinikgruppe Hirslanden, Unternehmenskommunikation
Fotografie: Michael Orlik
Realisation: Detail AG
Druck: BC Medien AG

Dieser Jahresbericht erscheint in deutscher Sprache und in französischer Übersetzung.

Der Jahresbericht der Privatklinikgruppe Hirslanden 2012/13 umfasst das Geschäftsjahr vom 1.4.2012 bis zum 31.3.2013.

In allen Beiträgen sind sinngemäss immer Personen beiderlei Geschlechts gemeint.

MONIQUE SCHWANDER
Relationship-Managerin,
Klinik Im Park, Zürich

DR. MICHAEL BETZ
Facharzt FMH für Radio-Onkologie,
Institut de radio-oncologie,
Clinique Bois-Cerf, Lausanne

JEANNETTE BENITO
Patientin,
Hirslanden Klinik Aarau

OTTO BITTERLI
CEO Sanitas

JEAN-FRANÇOIS STEIERT
SP-Nationalrat FR,
Vizepräsident Schweiz. Dachverband
Patientenstellen

INA BUSCHENDORF
Stellvertretende Teamleiterin Restaurant,
Salem-Spital, Bern

«QUALITÄT VERBINDET.»