



JAHRESBERICHT / QUALITÄTSBERICHT 2011/12

WENN ES UM ALLES GEHT
PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN

hirslanden 

AUF EINEN BLICK

Die Privatklinikgruppe Hirslanden in Zahlen

14 Kliniken in 10 Kantonen
1 561 Ärzte
6 050 Mitarbeitende aus 92 Ländern, 4 649 Vollzeitstellen
80 588 Patienten, stationär
469 347 Pflgetage*
6 112 Neugeborene
750 Lieferanten

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
Hoch qualifizierte Fachärzte mit langjähriger Erfahrung

Die Privatklinikgruppe Hirslanden in wichtigsten Etappen

2010 Übernahme Klinik Stephanshorn, St. Gallen
2010 erstmaliger ausführlicher Qualitätsbericht
2010 ISO-Zertifizierung abgeschlossen
2008 Führungswechsel und Erweiterung
der Konzernleitung
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

*Erwachsene Patienten und Wöchnerinnen nach H+

INHALTSVERZEICHNIS

1	Editorial
4	Bericht der Konzernleitung
7	Kennzahlen
8	Verwaltungsrat
9	Organigramm
10	Gesundheitspolitik
14	Patientenzufriedenheit
20	Benchmarks
26	Klinikhygiene
34	Qualitätsmanagement
40	Zahlen, Daten, Fakten
48	Infrastruktur der Kliniken
50	Fachgebiete pro Klinik
51	Strategische Partnerschaften
52	Standorte Schweiz

EDITORIAL

Geschätzte Freunde von Hirslanden
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Privatklinikgruppe Hirslanden blickt auf ein Geschäftsjahr zurück, das geprägt war von den umfassendsten Veränderungen im Schweizer Gesundheitswesen seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahre 1996. Am 1. Januar 2012 wurden die neue Spitalfinanzierung und -planung eingeführt und mit ihr die Leistungsabrechnung über Fallpauschalen (DRG). Das Ziel: den Wettbewerb zu stärken und damit die Qualität und die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems zu verbessern. Als privatwirtschaftliches Unternehmen war Hirslanden optimal auf diesen Strukturwandel vorbereitet. Auch wenn zur Zeit der Drucklegung des Jahresberichts in einigen Kantonen noch Unklarheiten und Ungereimtheiten bestehen: Die Stossrichtung war korrekt.

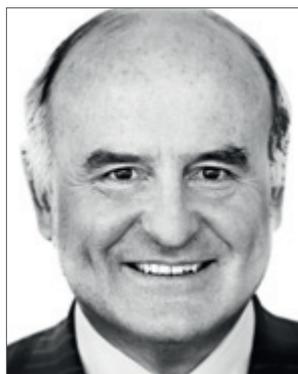
Eines der Hauptziele der KVG-Reformen ist die Steigerung der Behandlungsqualität. Mehr Wettbewerb und mehr Markt sollen zu einer Konzentration von Leistungen bei den Anbietern führen, die über viel Erfahrung aufgrund hoher Fallzahlen verfügen. Dieser Wettbewerb spielt in jenen Kantonen nicht, deren Gesundheitsdirektionen die neue Spitalplanung mit Betten- bzw. Fallzahlbeschränkungen verknüpfen wollen. Wo die Privatklinikgruppe Hirslanden selber davon betroffen ist, setzt sie sich für die Wahrung ihrer berechtigten Interessen ein – und damit auch für das Wohl der Patienten und der Steuerzahler.

Die Privatklinikgruppe Hirslanden unterstreicht ihr Bekenntnis zur Qualität auch in diesem Jahr, indem sie im vorliegenden Bericht umfangreiche Qualitätsmessungen veröffentlicht. Neben den grossen Universitätsspitalern gibt es nur wenige Leistungserbringer, die Qualitätsdaten so transparent publizieren. Der Qualitätsbericht erleichtert Patienten und ihren zuweisenden Ärzten nicht nur die Entscheidung, sondern versteht sich vor allem auch als substanzieller Beitrag zur öffentlichen, intensiv geführten Debatte über die Qualität im Gesundheitswesen.

Neben den grossen Herausforderungen, welche die Vorbereitung auf die neue Spitalfinanzierung im Gesundheitswesen für alle Beteiligten, Ärzte, vor allem aber Mitarbeitenden bedeutet haben, konnte die Privatklinikgruppe Hirslanden auch im vergangenen Geschäftsjahr weiter wachsen. Von Jahr zu Jahr vertrauen uns mehr und mehr Patienten ihre Gesundheit an. Darüber hinaus haben sich die 14 Kliniken und das Head Office in Zürich mit zahlreichen Investitionsprojekten wie Ausbau, Erneuerung, Instandhaltung und innovativer Technologie befasst, die ganz direkt die Qualität und die Innovationskraft der Gruppe gestärkt haben. Wir bedanken uns bei allen herzlich, die uns in der Bewältigung der Herausforderungen unterstützt haben.

Dr. Edwin de la H. Hertzog
Präsident des Verwaltungsrats

Dr. Ole Wiesinger
Chief Executive Officer





«QUALITÄT IST,
WENN SICH
JEMAND LIEBE-
VOLL UM ALLE
MEINE ANLIEGEN
KÜMMERT.»

LILIANE LÜTHI

Patientin Klinik Hirslanden, Zürich

Geschäftsinhaberin «Lu Möbel, Geschenke, Accessoires», Zürich

BERICHT DER KONZERNLEITUNG

Trotz tiefgreifender Veränderungen im Schweizer Spitalwesen und der damit verbundenen Herausforderungen ist es der Privatklinikgruppe Hirslanden im vergangenen Geschäftsjahr gelungen, ihren Wachstumskurs fortzusetzen. Im Berichtsjahr vom 1.4.2011 bis zum 31.3.2012 haben 80 588 Patienten ihre Leistungen in Anspruch genommen. Das bedeutet ein Wachstum von 3.8 Prozent. Die Anzahl Pflēgetage erhöhte sich im selben Zeitraum um 2.2 Prozent auf 469 347, was einer Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 5.9 auf 5.8 Tage entspricht. Darin spiegelt sich die Effizienz und Wirksamkeit der medizinischen Dienstleistungen der 14 Hirslanden Kliniken wider. Der Umsatz der Privatklinikgruppe Hirslanden ist im vergangenen Geschäftsjahr insgesamt um 4.3 Prozent auf 1270 Millionen Franken gestiegen. Im Bereich der stationären Leistungen betrug das Umsatzwachstum 3.9 Prozent, im ambulanten Bereich 4.6 Prozent. Im Berichtsjahr hat sich Hirslanden wiederum stark in der Ausbildung engagiert: Im Geschäftsjahr 2011/12 befanden sich 703 Lernende und Studierende aus 27 Berufsgruppen in Ausbildung (auf Niveau Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis, Höhere Fachschule, Fachhochschule, Nachdiplomstudium). Davon waren 599 Lernende und Studierende aus Gesundheitsberufen sowie 89 Assistenzärzte. Hinzu kamen viele Praktikantenstellen.

Neue Spitalfinanzierung

Das Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 bedeutet einen historischen Strukturwechsel im Schweizer Gesundheitswesen. Die Vorbereitung auf die neue Regelung hat Hirslanden stark in Anspruch genommen. Mit den Versicherern mussten umfangreiche Tarifverhandlungen für die Leistungsabrechnung über die Grundversicherung (KVG) geführt werden, und zwar in einem engen Zeitrahmen, da viele Rahmenbedingungen auf kantonaler Ebene (Spitallisten) und Bundesebene (Datenweitergabe) lange nicht klar

waren. In den meisten Fällen konnte Hirslanden Verträge abschliessen. Sie wurden indessen in kaum einem Kanton genehmigt, sodass sich Hirslanden fast überall auf provisorische Arbeitstarife einstellen musste. In den wenigen Fällen, in denen keine Einigung zustande kam, eröffnete der jeweilige Kanton ein Tariffestsetzungsverfahren. Sämtliche Kliniken der Gruppe – mit Ausnahme der Klinik Im Park in Zürich – sind in die Spitallisten aufgenommen worden, wenn auch nicht überall mit vollumfänglichen Leistungsaufträgen. Gegen diese Einschränkungen sowie gegen die Nichtberücksichtigung der Klinik Im Park hat die Privatklinikgruppe Hirslanden Rechtsmittel eingelegt, weil sie der Ansicht ist, dass die entsprechenden Kantonsentscheide der Intention des neuen KVG widersprechen.

Ein Spitallistenplatz ermöglicht nicht nur die angestrebten Fallzahlen, sondern beseitigt vor allem auch den Wettbewerbsnachteil, den Vertragsspitaler gegenüber Listenspitalern haben. Das gilt insbesondere seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung, welche die Finanzierung von privaten und öffentlichen Listenspitalern endlich gleichlautend regelt. Hirslanden positioniert sich als führender Leistungsanbieter im Zusatzversicherungssegment über die Qualitätsführerschaft. Vor diesem Hintergrund wurde 2009 das Programm Hirslanden Privé eingeführt, das bei den Patienten auf äusserst positive Resonanz stösst.



Dr. Ole Wiesinger
CEO

Investitionen und Bauprojekte

Zur Aufrechterhaltung der Qualitätsführerschaft und zur Sicherstellung eines soliden Wachstums investiert Hirslanden durchschnittlich zehn Prozent des Umsatzes in die Instandhaltung, die Wieder- und Neubeschaffung sowie in Erweiterungsprojekte und Neubauten. So wurden auch im Berichtsjahr grosse Investitionen getätigt: Die Klinik St. Anna in Luzern, die 2011 ihr 100-jähriges Jubiläum feierte, eröffnete am 1. April 2011 im Bahnhof Luzern das Kompetenzzentrum «St. Anna im Bahnhof». Es bietet neben der Behandlung des Bewegungsapparates Dienstleistungen für Gesundheit und Prävention an. Die Investitionen der Klinik Beau-Site in Bern umfassten drei Teilprojekte. Bereits realisiert sind der Neubau des Ärztehauses (Herbst 2011) und die Erweiterung der Intensivpflegestation (Dezember 2011). Das dritte Teilprojekt besteht im Umbau der Villa Ruffy, die im Herbst 2012 eröffnet wird. Die Klinik Stephanshorn in St.Gallen baut seit März 2012 ein Gesundheitszentrum, dessen Eröffnung für September 2012 geplant ist. Es wird aus vier Belegarzt-Praxen für Orthopädie, Wirbelsäulenchirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie sowie einer Walk-in-Notfallpraxis bestehen, die der Klinik die Aufnahme von Notfallpatienten ermöglicht.

Die Klinik Hirslanden in Zürich baut seit November 2010 einen neuen Gebäudetrakt, den Enzenbühltrakt. Darin entstehen Arztpraxen und neue Zimmer für Privat- und Halbprivat-Versicherte. Dazu kommen eine erweiterte Intensivpflegestation, ein Operationssaal sowie Technik- und Lagerräume. Im Berichtsjahr konnte das Bauprojekt ohne Zwischenfälle fortgeführt werden. Die Fertigstellung des gesamten Rohbaus ist für Juli 2012, die Inbetriebnahme auf Frühling 2013 geplant.

Ausbau und Strukturerehalt

Von grosser Bedeutung für die kontinuierliche Verbesserung aller Dienstleistungen und Prozesse sind auch die Investitionen in den Strukturerehalt und den Ausbau der Kliniken. Am 1. Juli 2011 eröffnete die Hirslanden Klinik Aarau zur Entlastung ihrer Notfallstation ein Trauma Zentrum. Die Erstversorgung von nicht polytraumatisierten Unfallpatienten und die Nachbehandlungen werden neu im Trauma Zentrum durchgeführt. Die Clinique Bois-Cerf in Lausanne hat am 17. Januar 2012 das neue Institut für Radiologie eröffnet. Es soll mit der muskuloskelettalen Radiologie insbesondere die Orthopädie und Sportmedizin stärken. In den neuen Behandlungsräumen bietet Professor Nicolas Theumann unter anderem die CT-gesteuerte Behandlung von Bandscheibenvorfällen an. Das neue Zentrum für Radiotherapie, ebenfalls in der Clinique Bois-Cerf, soll Ende 2012 eröffnet werden. Die Klinik will damit ihre Position im Bereich Onkologie ausbauen. Im März 2012 erhielt die Clinique Cecil in Lausanne einen Computertomographen der neusten Generation, der eine bessere Untersuchungsqualität bei stark verringerter Strahlendosis ermöglicht. Dadurch wird das Indikationsspektrum erweitert, und es können Screenings für Herzkrankheiten durchgeführt werden. Schliesslich hat Hirslanden auch in das Institut für Radiologie und Nuklearmedizin der Klinik Hirslanden in Zürich investiert. Es bietet seit Mai 2012 neben SPECT- auch PET/CT-Untersuchungen (Positronen-Emissions-Tomographie/Computertomographie) an.



Magnus Oetiker
Chief Hospital Services Officer



Andreas Kappeler
CFO



André Steiner
COO Region Ost



Adrian Dennler
COO Region West

BERICHT DER KONZERNLEITUNG

Zukunftsweisende Public Private Partnership

Im Rahmen einer Public Private Partnership (PPP) mit dem Spital Männedorf plant Hirslanden ein Radiotherapiezentrum am dortigen Spital zur ambulanten Behandlung von Krebspatienten. Im März 2012 haben die Delegierten des Spitals Männedorf dem Baurechtsvertrag mit Hirslanden zugestimmt. Die Eröffnung ist für 2014 vorgesehen. Eine solche partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen öffentlichen Spitälern und Hirslanden bietet für beide Seiten Vorteile. Hirslanden ist offen für weitere Public Private Partnership-Projekte und sucht nach entsprechenden Möglichkeiten.

Einführung von SwissDRG

Das Berichtsjahr war geprägt von der Vorbereitung auf die Einführung der Fallpauschalen (SwissDRG). Sie umfasste Analysen und Simulationen der bestehenden Leistungsspektren und den Aufbau eines Medizincontrollings. Gleichzeitig galt es, die IT-Systeme zur Dokumentation der Leistungen, zur Codierung und Fakturierung sowie für das Controlling umzustellen. Davor mussten die Codierungsprozesse und -strukturen bereitgestellt werden, wozu auch der Aufbau einer zentralen Codierung für einige Kliniken gehörte. Schliesslich waren auch die Verträge mit den Belegärzten und die Einkaufsprozesse anzupassen, stets unter Berücksichtigung der Spitalistenvorgaben.

Qualitätsführerschaft

Die Privatklinikgruppe Hirslanden pflegt seit Jahren ein systematisches Qualitätsmanagement und entwickelt es laufend weiter. Zu diesem Zweck erhebt sie Jahr für Jahr zahlreiche klinische Kennzahlen. Diese Messungen werden in diesem Jahr bereits zum dritten Mal in einem ausführlichen Qualitätsbericht (vgl. Seiten 14 ff.) dargestellt. Dabei hat sich erfreulicherweise gezeigt, dass die Kliniken insbesondere bei den Device-assoziierten Infekten auf der Intensivstation signifikante Verbesserungen erzielt haben. Zu den etablierten Indikatorensystemen kamen zum ersten Mal die Messprogramme des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) hinzu.

Das Qualitätsmanagement von Hirslanden orientiert sich stark an Prozessen. Zu ihnen zählt auch die medizinische Patientendokumentation, die in Zukunft nur noch in digitaler Form existieren wird. Grundlage dafür bildet das

Klinik-Informationssystem KIS, das im Februar 2011 im Rahmen des Pilotprojekts «Leuchtturm» in der Hirslanden Klinik Aarau eingeführt wurde.

Nationale und internationale Spitalgruppe

Unter dem Motto «Von einer Gruppe von Spitälern hin zu einer Spitalgruppe» verfolgt Hirslanden das Ziel, durch eine stärkere Integration Gruppenvorteile zu nutzen. Sie umfasst die Regionalisierung bzw. Zentralisierung von unterstützenden Dienstleistungen in den Bereichen HR, Finanzen, Logistik, Marketing und Klinische Bereiche. Der Mehrwert dieser Arbeitsteilung innerhalb der Gruppe besteht in der Entlastung der einzelnen Kliniken. Integration bedeutet aber auch, dass sich Hirslanden als Systemanbieter positioniert, der das Belegarztwesen mit zentralen Dienstleistungen kombiniert, die von den Kliniken selber vorgehalten werden sollen. Dazu können in Zukunft Anästhesie, Innere Medizin, Notfall und gegebenenfalls Radiologie zählen.

Vor diesem Hintergrund hat sich die Privatklinikgruppe Hirslanden im Berichtsjahr eine neue Führungsstruktur gegeben, die seit Dezember 2011 operativ ist. Die 14 Kliniken sind neu in zwei Regionen (Ost und West) zusammengefasst, die durch vollamtliche Regionaldirektoren (COO) geführt werden. Beide Regionen umfassen je sieben Spitälern, wobei die Kliniken an gleichen Standorten in Zukunft stärker zusammenarbeiten werden. So wurden auf dem Platz Zürich bereits die HR- und Finanzabteilungen der beiden Kliniken und des Head Office zusammengelegt.

Was Hirslanden in der Schweiz anstrebt, ist auch international das Ziel von Mediclinic International. Zu diesem Zweck wurde im Sommer 2011 das Projekt «One Mediclinic» lanciert. Darin wurde untersucht, wo durch eine engere Zusammenarbeit der drei Mediclinic-Plattformen Switzerland, Southern Africa und Middle East Synergien erschlossen werden können.

KENNZAHLEN

Die wichtigsten konsolidierten Kennzahlen für 2011/12 mit den entsprechenden Vergleichswerten der vergangenen Jahre

	2007	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	Veränderung zu 2010/11 in %
Patienten						
Patienten, Wöchnerinnen ¹	69 642	73 167	73 582	77 643	80 588	3.8%
Erbrachte Pflegetage ²	416 988	433 737	435 240	459 289	469 347	2.2%
Aufenthaltsdauer ³	6.0	5.9	5.9	5.9	5.8	-1.5%
Umsatz						
Umsatz total (in CHF Mio.)	983	1 091	1 134	1 218	1 270	4.3%
Umsatz stationäre Leistungen (in CHF Mio.)	748	821	859	929	965	3.9%
Umsatz ambulante Leistungen (in CHF Mio.)	184	216	218	230	241	4.6%
Übriger Betriebsertrag (in CHF Mio.)	52	54	56	59	64	9.4%
Personalbestand						
Durchschnittliche Vollzeitstellen ⁴	3 764	4 069	4 167	4 392	4 649	5.9%

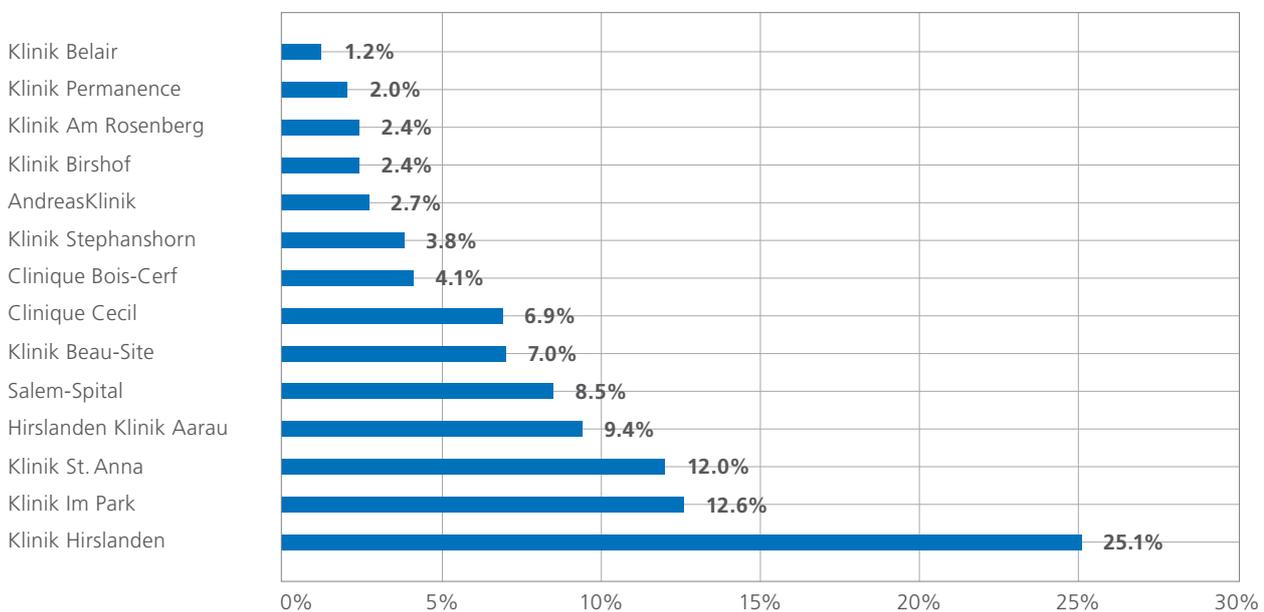
1 Stationär

2 Erwachsene Patienten und Wöchnerinnen nach H+

3 Durchschnitt in Tagen nach H+

4 Nach H+, exkl. Ärzte

Betriebsertrag je Klinik am Total 2011/12



VERWALTUNGSRAT



Präsident
Dr. Edwin de la H. Hertzog
Mediclinic International



Vizepräsident
Dr. Robert Bider
Rhino Partners AG



Dr. Ole Wiesinger
Privatklinikgruppe Hirslanden



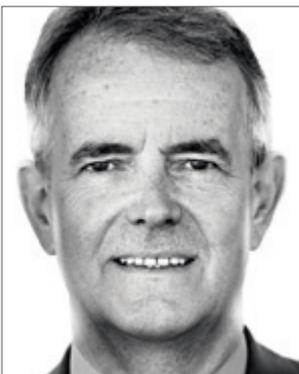
Prof. Dr. Robert E. Leu
Universität Bern,
Departement
Volkswirtschaftslehre



Danie Meintjes
Mediclinic International

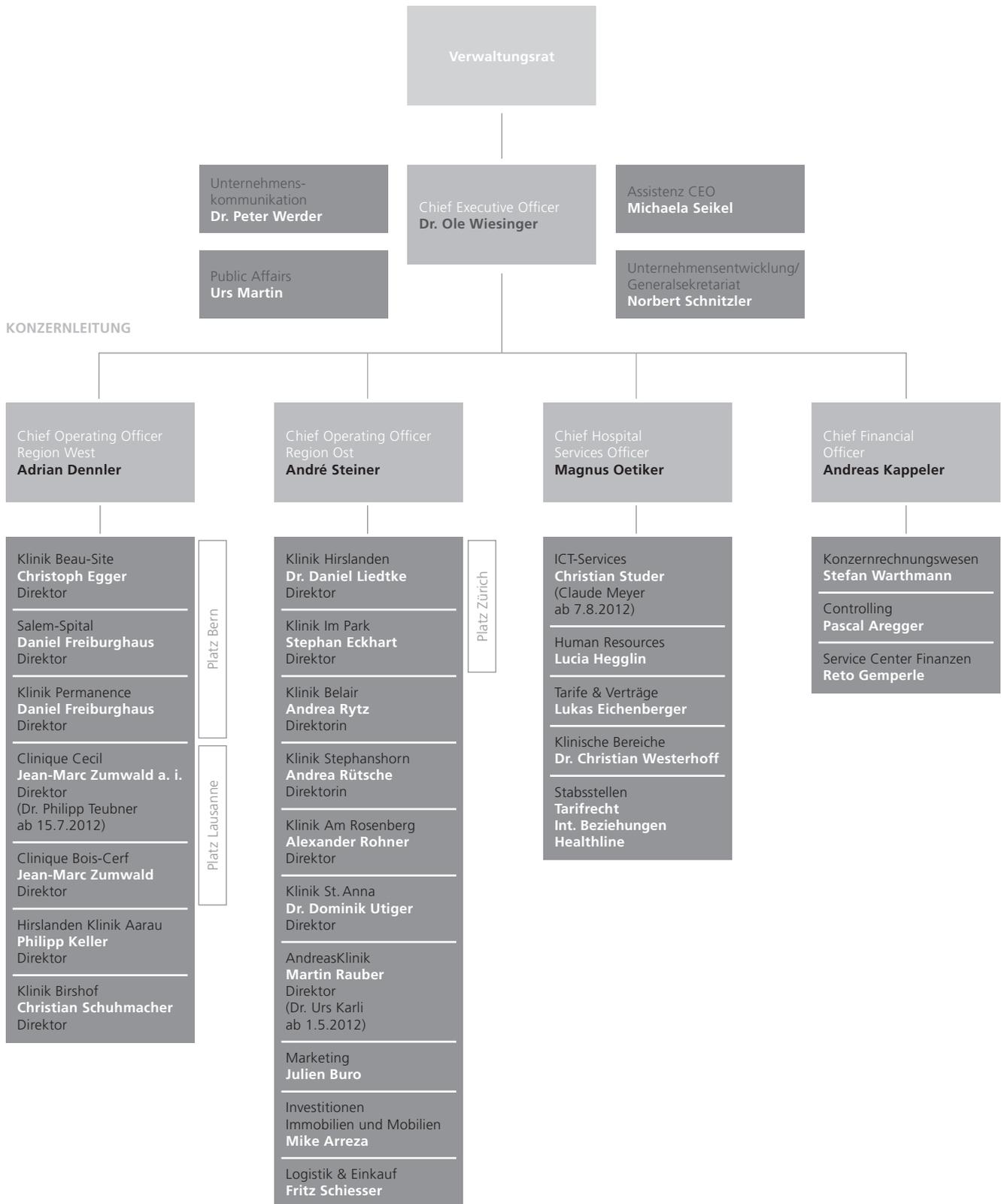


Craig Tingle
Mediclinic International



Alan Grieve
Compagnie Financière
Richemont SA

ORGANIGRAMM



POLITIK DOMINIERT DAS SCHWEIZER GESUNDHEITSWESEN

Am 1. Januar 2012 ist die neue Spitalfinanzierung in Kraft getreten – die erste grössere Reform des KVG seit dessen Entstehung im Jahr 1996. Einige Kantone bekunden mit dem Nebeneinander von öffentlichen und privaten Marktteilnehmern Mühe. Die Mehrfachrolle einzelner Kantone unter anderem als Regulator, Spitallisten-Ersteller und -Betreiber, als Tarifbehörde und Mitfinanzierer von Spitalleistungen stellt die Privatkliniken – und auch die Privatklinikgruppe Hirslanden als grösste private Spitalbetreiberin – vor grosse Herausforderungen.

Drei Neuerungen sollen – so die Absicht des Gesetzgebers – zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Schweizer Gesundheitswesen führen: die neue Spitalfinanzierung, die Verrechnung nach Fallpauschalen (DRG) sowie die neue Spitalplanung, die einen Spitalbinnenmarkt mit Wahlfreiheit für die Patienten schafft. Die Privatklinikgruppe Hirslanden hat sich im Jahr 2011 dafür entschieden, mit all ihren Kliniken den sogenannten Listenstatus zu erreichen. Diese Strategie, das zeigt sich bereits nach wenigen Monaten, war richtig. 13 von 14 Kliniken sind auf der Spitalliste, das ist grundsätzlich positiv. Allerdings ist der Listenplatz nicht allein entscheidend über das Wohlergehen der Klinik: Auch die Tarife und die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich sind, spielen eine wichtige Rolle.

Kantone mit und ohne Listen

In zahlreichen Kantonen ist die Spitalplanung abgeschlossen oder sie steht kurz davor. Dazu zählen Appenzell Ausser rhoden, Basel-Landschaft und Luzern, wo zwischen Hirslanden und den Gesundheitsdirektionen keine Differenzen bestehen. Ähnlich unproblematisch sind die Kantone Aargau und Zug, wo zwar über einzelne Beschränkungen noch entschieden werden muss, die Zusammenarbeit aber grundsätzlich von den gleichen Vorstellungen über die kantonale Spitalplanung geprägt ist. In den Kantonen St.Gallen und Schaffhausen sind die Planungsprozesse noch im Gange bzw. die Listen zur Zeit der Drucklegung des vorliegenden Jahresberichts noch nicht verabschiedet. Mit grösseren Ungereimtheiten ist hier allerdings nicht zu rechnen. Im Kanton Waadt konnte Hirslanden für die beiden Lausanner Kliniken ein Abkommen über eine Teillistung erzielen. Wie sich dieses Abkommen in der Praxis auswirken wird, muss sich noch weisen.

Bern und Zürich mit versteckter Steuerung

In den Kantonen Bern und Zürich sieht sich Hirslanden aktuell mit den grössten Herausforderungen konfrontiert. Die Berner Liste war 2011 so mangelhaft ausgestaltet, dass sie vom Kanton noch einmal vollständig überarbeitet werden musste. Aber auch die per 1. Mai 2012 überarbeitete Spitalliste wird von den Berner Privatkliniken vor Bundesverwaltungsgericht bekämpft. Damit bleibt vorderhand immer noch die Spitalliste 2005 in Kraft, da die Spitalliste 2010 vor dem Bundesverwaltungsgericht gescheitert ist. Das Kernproblem der neuen Liste: Mit der Spitalliste will die Gesundheitsdirektion die hochspezialisierten Fälle von den Privatkliniken exklusiv ans Universitätsspital transferieren, obwohl viele Bereiche der hochspezialisierten Medizin (HSM) vom zuständigen interkantonalen Organ noch gar nicht geplant worden sind. Und eben dieses Organ wäre dafür eigentlich zuständig, nicht die einzelnen Kantone. Der Kanton nimmt damit einen politischen Entscheid zulasten der Privatkliniken vor, was dem KVG widerspricht. Im KVG wird nämlich eine angemessene Berücksichtigung der privaten Leistungserbringer bei der Spitalplanung explizit gefordert. Über Jahre hinweg wäre der Kanton ohne die Unterstützung der Privatspitäler gar nicht in der Lage gewesen, die Berner Bevölkerung zu versorgen. Auch jetzt ist fraglich, ob das Universitätsspital die nötigen Ressourcen und Kapazitäten überhaupt aufbringen könnte. Noch komplexer zeigt sich die Situation im Kanton Zürich: Die Klinik Im Park wurde als einzige der 14 Hirslanden Kliniken nicht gelistet. Begründet wurde der Entscheid durch die Gesundheitsdirektion mit angeblich zu hohen Kosten. Die Privatklinikgruppe Hirslanden bestreitet dies mit einer Beschwerde vor dem Bundesverwaltungsgericht. Die Kosten haben im Rahmen der neuen

Spitalplanung keine Rolle mehr zu spielen. Der Preis steht im Zentrum der Wirtschaftlichkeitsmessung. Ebenfalls heikel: Der Kanton Zürich hat die provisorischen Tarife teilweise über die Verhandlungen der Vertragspartner hinweg festgesetzt. Dadurch werden Tarifverhandlungen im eigentlichen Sinne verunmöglicht.

Spitalfonds

Bei Drucklegung ist bekannt, dass das Zürcher Stimmvolk am 17. Juni 2012 das Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz annahm, den Zukunfts- und Stützungsfonds wie auch den Gegenvorschlag aber verwarf. Hirslanden begrüsst, dass dank der Ablehnung des Fonds keine Gelder unzulässigerweise aus der Zusatzversicherung in die Grundversicherung umverteilt werden. Diese Gelder stehen nun für Investitionen in die eigene Infrastruktur zur Verfügung. Erfreulich ist zudem, dass der Kanton kein Instrument erhält, um die eigenen Strukturen zu schützen und vor allem – aber nicht nur – die privaten Institutionen zu benachteiligen.

Hochspezialisierte Medizin

Im bereits erwähnten nationalen Gremium, das die Vergabe von HSM auf nationaler Ebene koordiniert, haben keine Vertreter der Privatmedizin Einsitz. Dies hat zur Folge, dass die Vertreter der öffentlichen Häuser und deren Eigentümer unter Ausschluss der privaten Anbieter definieren, was HSM ist und wo sie betrieben werden darf. Sie können also einen Monopolbereich in der Medizin beliebig definieren.

Die Art und Weise der Vergabe von HSM zeigt auf, dass private und öffentliche Institutionen in der Schweiz noch nicht vollumfänglich über gleich lange Spiesse verfügen. Dies wird auch bei der Finanzierung der Leistungserbringer klar. Die Gefahr ist gross, dass trotz revidiertem KVG unzulässigerweise Subventionierung von Betriebsaufwand der öffentlichen Leistungserbringer geleistet wird. Neben den zulässigen Abgeltungen von gemeinwirtschaftlichen Leistungen und Beiträgen an die Aus- und Weiterbildung sollten es die Kantone gemäss revidiertem KVG unterlassen, für Betriebsdefizite der Spitäler aufzukommen, da Defizite über den Tarif zu tragen sind. Tun die Kantone dies dennoch, so ist aufgrund ihrer Mehrfachrolle schon jetzt absehbar, dass Privatkliniken einmal mehr benachteiligt werden.

Vertragsfreiheit

Nach den Abstimmungen vom 17. Juni 2012 (Fonds, Managed Care) stellt sich die Grundsatzfrage, in welche Richtung sich das Gesundheitswesen weiterentwickeln soll. Eine Neuauflage der Einheitskassen-Initiative wurde als Volksinitiative bereits eingereicht. Die Forderung nach der Aufhebung des Vertragszwangs steht ebenfalls im Raum. Hirslanden hat sich stets für ein möglichst marktorientiertes Gesundheitssystem eingesetzt und lehnt in diesem Sinne eine Einheitskasse sowie die Wiedereinführung des Zulassungsstopps ab. Allerdings könnte mit der Aufhebung des Vertragszwangs Einfluss auf die Kostenentwicklung genommen werden.

Urs Martin, Leiter Public Affairs



«QUALITÄT UND
PATIENTENSICHERHEIT
GEHÖREN INS
ZENTRUM POLITISCHER
ENTSCHEIDE.
SO KÖNNEN AUCH
DIE KOSTEN KONTROL-
LIERT WERDEN.
QUALITÄT BEDINGT
FAIRE ENTSCHÄDIGUN-
GEN FÜR ERBRACHTE
LEISTUNGEN.»

DR. MED. YVONNE GILLI

*Nationalrätin Grüne SG, Fachärztin Allgemeinmedizin FMH, Wil SG
Mitgründerin Ärztenetzwerk xundart*

PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Mit dem vorliegenden Bericht veröffentlicht die Privatklinikgruppe Hirslanden bereits zum dritten Mal die Ergebnisse ihrer umfangreichen Qualitätsmessungen. Neben den grossen Universitätsspitälern gibt es nur wenige Leistungserbringer, die Qualitätsdaten derart transparent publizieren. Dabei bezieht sich die Qualitätserhebung bei Hirslanden nicht nur auf die medizinische Behandlung und Betreuung, sondern beginnt schon beim Eintritt ins Spital und reicht bis über den Austritt hinaus. Um die hohe Qualität der Behandlung und Betreuung von Patienten der Privatklinikgruppe Hirslanden nicht nur in Zahlen fassbar, sondern auch konkret erfahrbar zu machen, wird der Qualitätsbericht durch einen Erlebnisbericht aus der Klinik Hirslanden in Zürich ergänzt.

VON DER DIAGNOSE ZUM SPITAL- EINTRITT

ERLEBNIS KLINIK
HIRSLANDEN (1/4)

Dass Hans-Peter Meier mit seinen 72 Jahren noch einmal würde tanzen können, hätte er sich vor einem Jahr nicht träumen lassen. Nur schon fürs Aufstehen brauchte er fünf Minuten. So sehr schmerzte ihn die linke Hüfte. Tanzabende im Jazz Club Wädenswil? Blues Brunch in Klosters? All das schien der Vergangenheit anzugehören. Endlich besucht Meier auf Anraten seiner Frau den Hausarzt. Alles deutet auf eine Abnützung des Hüftgelenks hin. Was dem Pensionär sofort klar ist: welche Fachklinik er für die weiteren Abklärungen besuchen will – die Klinik Hirslanden in Zürich. Diese hat er von einem früheren Klinikaufenthalt in bester Erinnerung, und auch der Hausarzt und ein Bekannter empfehlen sie ihm weiter. Eine Woche später hat Meier einen Termin bei Dr. Ulrich Steiger in der Endoclinic, dem Kompetenzzentrum für künstliche Gelenke an der Klinik Hirslanden. Die Röntgenbilder bestätigen die Hüftgelenksarthrose. Eine Operation steht an. Was Meier nicht versteht – wie ein künstliches Hüftgelenk funktioniert und wie es «minimalinvasiv» eingesetzt werden soll –, erklärt ihm der Spezialarzt ausführlich. «Mindestens die Hälfte meiner Angst war dadurch verflogen», erinnert sich der Patient.

«VOR EINER OPERATION BRAUCHE ICH KEINE ZUSÄTZLICHEN ÜBERRASCHUNGEN.»

Kaum hat Hans-Peter Meier die Eintrittsbroschüre der Klinik Hirslanden gelesen, folgt auch schon das Aufgebot. In Begleitung seiner Frau betritt er am 6. Juli 2011 die Klinik. An der Rezeption erwartet ihn eine alte Bekannte: Doris Cairati von den Guest Relations hat Hans-Peter Meier bereits bei seinem früheren Spitalaufenthalt in sämtlichen nicht medizinischen Belangen betreut, ein Service, der Zusatzversicherten Patienten der Klinik Hirslanden seit 2005 zur Verfügung steht. Cairati führt ihren Patienten aufs Zimmer, genauer gesagt: auf dasselbe Zimmer, das Meier damals auch belegt hat. «Vor einer Operation brauche ich keine zusätzlichen Überraschungen», sagt Meier. Er setzt sich auf die Bettkante – die Matratze ist extrahart, wie er es sich gewünscht hatte. Blumen stehen bereit, ein Pflegeset, und dann klopft auch schon Dr. Steiger an die Tür, um die morgige Operation zu besprechen.

Qualitätsstrategie

Die Qualität eines Leistungserbringers wie der Privatklinikgruppe Hirslanden hat viele Dimensionen. Entsprechend vielgestaltig sind die Indikatorensysteme, die bei der Qualitätsmessung zum Einsatz gelangen. Sie wurden über Jahre hinweg entwickelt und haben sich in der Praxis bewährt. Anhand von ihnen vergleicht Hirslanden nicht nur ihre 14 Kliniken untereinander, sondern stellt die eigenen Ergebnisse auch gesamtschweizerischen Durchschnittswerten und europäischen Benchmarks gegenüber.

Die Messung der Qualität und die Publikation der Messergebnisse sind kein Selbstzweck, sondern sie dienen dem Ziel, den Patientennutzen laufend zu erhöhen. Das geschieht dadurch, dass die gewonnenen Erkenntnisse zur Grundlage konkreter Optimierungsmassnahmen in der täglichen Klinikarbeit werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Qualitätserfassung in ein System eingebettet ist, das den kontinuierlichen Verbesserungsprozess unterstützt. Zu diesem Zweck haben sich die 14 Kliniken von Hirslanden gemeinsam auf Gremien geeinigt, die für das Qualitätsmanagement und seine Weiterentwicklung zuständig sind.

So existiert an jedem Standort neben einer interprofessionell zusammengesetzten Qualitätskommission je eine Kommission für Hygiene und für die Bearbeitung von Beinahefehlern, die von einem systematischen Meldesystem erfasst werden. Die Bewertung der Arbeitsfähigkeit dieser Kommissionen ist Bestandteil der innerhalb von Hirslanden erhobenen Schlüsselindikatoren (Key Performance Indicators – KPI). Jede Klinik erstellt jährlich einen internen Qualitätsbericht, der über die Fortschritte in den genannten Bereichen (Qualitätsmanagement, Hygiene, Beinahefehler-Meldesystem) Auskunft gibt. Um gruppenweit Synergien zu nutzen und die Orientierung an der jeweils «Best Practice» zu unterstützen, wurde eine Reihe von Strukturen im Qualitätsmanagement etabliert. Dabei führen die «Klinischen Bereiche» des Head Office auf verschiedenen Ebenen einen intensiven Austausch mit den Spezialisten der Kliniken und organisieren regelmässige Treffen. Zu den bereits genannten Gremien kommen dabei auch die Gruppe der Codierenden und jene der Verantwortlichen für Aus- und Weiterbildung hinzu. Dieser gruppenweite Abstimmungsprozess stellt eine wesentliche Grundlage für ein einheitliches und gemeinsames Vorgehen dar. Einzelne Arbeitsgruppen haben die Möglichkeit, Vorschläge an die Konzernleitung zu richten, die nach Beschlussfassung zur Umsetzung an die Kliniken gelangen. Den Rahmen für die Strukturen und Prozesse des Qualitätsmanagements der Privatklinikgruppe Hirslanden und ihrer Kliniken gibt die ISO-Norm 9001:2008. Die damit verbundene Prozessorientierung wiederum bildet die Grundlage für die Ausrichtung der Gruppe sowie der einzelnen Kliniken auf das Modell für Business Excellence der European Foundation for Quality Management (EFQM).

Mit der Veröffentlichung der Messergebnisse und ihrer Erläuterung bietet Hirslanden den Patienten und deren zuweisenden Ärzten eine solide Entscheidungsgrundlage. Darüber hinaus versteht sich der Bericht aber auch als substanzialer Beitrag zur öffentlichen Diskussion über die Qualität im Gesundheitswesen, die in der Schweiz derzeit intensiv geführt wird.

QUALITÄTSMESSUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Die hohe Qualität der Leistungserbringung im Gesundheitswesen galt in der Schweiz lange Zeit als unhinterfragte Selbstverständlichkeit. Das hat sich in den letzten Jahren massiv geändert. Die Öffentlichkeit interessiert sich zunehmend für die Behandlungsergebnisse der Leistungserbringer. Zudem ist das Bedürfnis gestiegen, Qualität von Gesundheitsdienstleistungen messbar und damit vergleichbar zu machen. Auch auf der politischen Agenda nimmt die Frage nach der Qualität im Gesundheitswesen einen prominenten Platz ein, nachdem erkannt worden ist, dass gute Qualität einen dämpfenden Einfluss auf die Kostenentwicklung hat. Dazu kommt, dass mit dem revidierten Krankenversicherungsgesetz (KVG) nicht nur der Preis-, sondern auch der Qualitätswettbewerb gefördert werden soll. Wenn der Wettbewerb spielt, verbessert sich das Preis-Qualitäts-Verhältnis dahingehend, dass die Patienten mehr Qualität zum gleichen Preis oder gleichbleibende Qualität zum tieferen Preis erhalten. Auf keinen Fall darf aber die verbesserte Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zulasten der Qualität gehen.

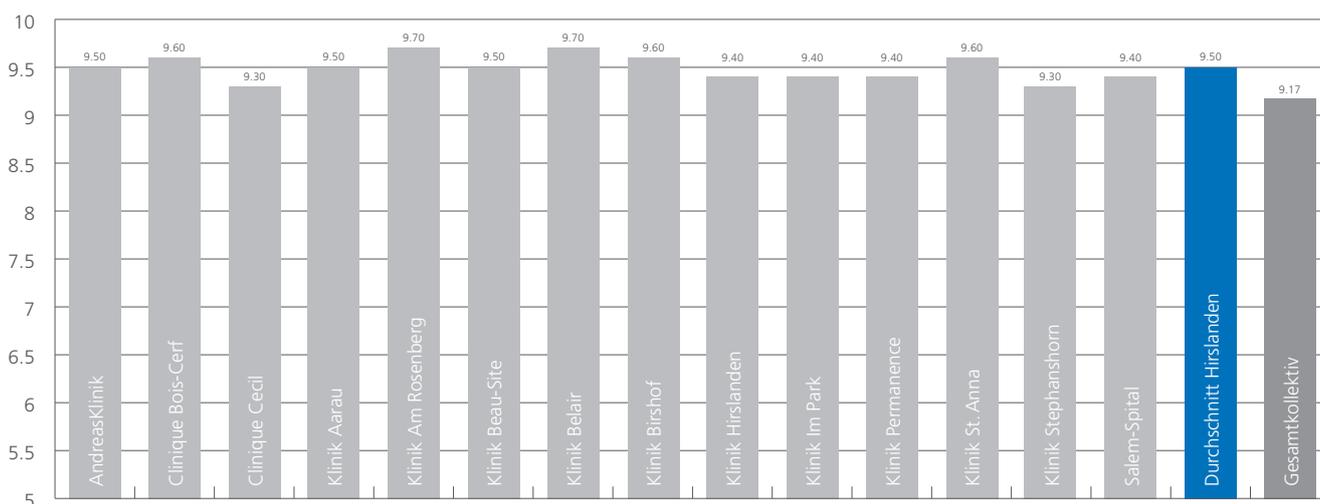
Vor diesem Hintergrund hat der Bundesrat 2009 seine Qualitätsstrategie veröffentlicht. Geplant sind ein Nationales Qualitätsinstitut, das die Qualität der medizinischen Leistungen bewerten und vergleichbar darstellen soll, sowie eine Bundesstelle zur Evaluierung neuer medizinischer Verfahren und Technologien. Diese beiden Einrichtungen sollen die bestehenden Institutionen zur Qualitätssicherung ergänzen. Dazu zählt der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), der vom Spitalverband H+, den Kantonen, dem Branchenverband der Versicherer (santésuisse) und den Eidgenössischen Sozialversicherern getragen wird. Er koordiniert die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren und zu verbessern. Hirslanden beteiligt sich mit allen Kliniken an den Messungen des ANQ, was im Rahmen von Leistungsaufträgen zur Behandlung von Grundversicherten im Übrigen auch verlangt wird. Das Messprogramm des ANQ ergänzt die umfangreichen Qualitätsmessungen, die Hirslanden seit Jahren in allen Kliniken von sich aus durchführt. Mit ihrem Anspruch auf Qualitätsführerschaft unterstützt Hirslanden die Bestrebungen zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen und ist überzeugt, dass sich die entsprechenden Ergebnismessungen gut in ihr bestehendes Qualitätsmanagement integrieren lassen.

Nationale Patientenbefragung

Mit der Gründung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) wurde eine Reihe von Qualitätsmessungen für alle Schweizer Spitäler eingeführt. Bereits verfügbar sind die Ergebnisse der «Nationalen Patientinnen- und Patientenbefragung». In ihr wurde anhand von fünf Fragen die Patientenzufriedenheit ermittelt:

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?

WÜRDEN SIE FÜR DIESELBE BEHANDLUNG WIEDER IN DIESES SPITAL KOMMEN?

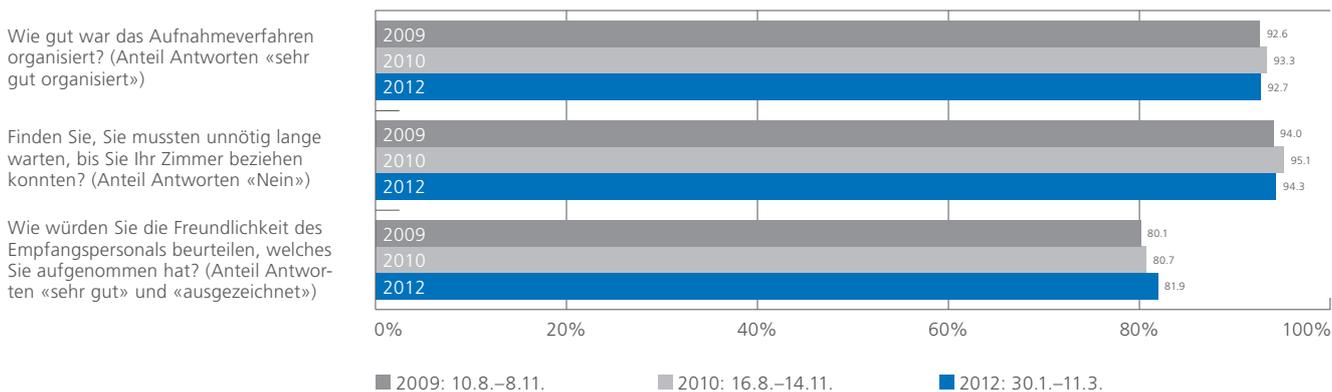


Zu diesen Fragen wurden im November und Dezember 2011 4034 Hirslanden-Patienten befragt. Die Rücklaufquote betrug 61 Prozent. In der nachstehenden Grafik ist die Auswertung der Antworten auf die erste der fünf Fragen dargestellt. Sie betrifft die Wiederempfehlungsrate, die ein guter Indikator für die Gesamtzufriedenheit eines Patienten ist.

Patientenzufriedenheit beim Eintritt

Die Ermittlung der Patientenzufriedenheit geht bei Hirsländen weit über die fünf Fragen des ANQ hinaus. Seit 2005 (Klinik Stephanshorn seit 2011) nimmt Hirsländen an den Befragungen des externen Instituts Picker teil, einer unabhängigen, internationalen Organisation. Die Zufriedenheit der Patienten wird in neun Dimensionen anhand von über 90 Fragen bewertet. Für Wöchnerinnen existiert eine eigene Variante des Fragebogens. Die Fragen beziehen sich auf den gesamten Klinikaufenthalt und reichen von der emotionalen Unterstützung über die Informiertheit des Patienten und den Einbezug von Verwandten bis hin zur Organisation der Entlassung. Die Antworten auf die Fragen zum Spitaleintritt liegen bereits vor. Ihre Auswertung ist in der folgenden Grafik dargestellt. Zu berücksichtigen ist, dass hier abweichend vom üblichen Berichtsformat der Picker-Umfrage eine inverse Darstellung der Ergebnisse gewählt wurde. Das heisst, höhere Werte stehen für bessere Ergebnisse.

PICKER-BEFragung PATIENTENZUFRIEDENHEIT



Im Jahr 2011 führte die Privatklinikgruppe Hirsländen eine ANQ-Befragung durch, daher wurde die Picker-Befragung ausgesetzt.

Diese Ergebnisse werden – wie alle Messdaten – genau analysiert, um daraus mögliche Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten, wie das bereits in früheren Jahren geschehen ist. Damals hat Hirsländen in jeder Klinik ein Team für Guest Relations formiert, das sich vom Spitaleintritt an um die persönlichen Anliegen und Wünsche der privat und halbprivat versicherten Patienten kümmert. Ferner wurde beschlossen, dass jeder Hirsländen-Patient zur Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt eine Wegleitung mit vielen nützlichen Informationen erhält.



**«QUALITÄT
BEDEUTET, DEN
PATIENTEN IN DEN
VORDERGRUND
ZU STELLEN.
PROFESSIONELLE
BETREUUNG IST
BETREUUNG
NACH NEUSTEN
STANDARDS.»**

ISABEL ZÜRCHER

Pflegefachfrau, Klinik Beau-Site, Bern

UNGEPLANTE WIEDERAUFNAHMEN, UNGEPLANTE REOPERATIONEN UND STÜRZE

Das International Quality Indicator Project (IQIP) dient Kliniken und Spitälern als Instrument zur Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen bei den klinischen und pflegerischen Leistungen. Darüber hinaus bietet es Gesundheitsorganisationen die Möglichkeit, ihre Werte mit europäischen Benchmarks zu vergleichen.

DIE ERSTEN SCHRITTE NACH DER OPERATION

ERLEBNIS KLINIK
HIRSLANDEN (2/4)

Hans-Peter Meier ist aus der Narkose erwacht. Eine Pflegefachfrau eilt herbei und orientiert ihn: Dr. Steiger sei sehr zufrieden mit dem Operationsverlauf gewesen, die Hüftgelenkprothese habe ohne Komplikationen eingesetzt werden können. «Gut», erwidert Meier, «aber hat er auch die richtige Seite operiert?» Ein Scherz: Immer wieder und noch direkt vor der Narkose ist er in die linke Hüfte gezwickt und gefragt worden, ob das die richtige Seite sei – Patientensicherheit hat absolute Priorität in der Klinik Hirslanden. Zwei Stunden später ist Meier wieder auf seinem Zimmer. Die Nachmittagssonne durchflutet den mit Holzpaneelen verkleideten Raum. Es klopft. Die Physiotherapeutin betritt samt Gehhilfe das Zimmer. Unter ihrer Anleitung startet Hans-Peter Meier erste Gehversuche mit dem neuen Gelenk. Erstaunlich, wie gut das geht! In den folgenden Tagen wird er zweimal täglich Physiotherapie erhalten und – was für eine nachhaltige Genesung ebenso wichtig ist – wertvolle Informationen bekommen über die richtige Belastung des Gelenks und darüber, wie er selbst die Gelenkbeweglichkeit und die Muskelkraft verbessern kann. Laufend wird er seine Gehstrecken erweitern, Treppen hinauf- und hinuntersteigen, erst in Begleitung, später alleine. «Stürze und Überbelastung sind unbedingt zu vermeiden», sagt Anne Bärtels, Abteilungsleiterin des Instituts für Physiotherapie an der Klinik Hirslanden. «Gleichzeitig muss der Patient seine Sicherheit und Selbständigkeit für den Alltag zurückgewinnen.»

«IN DER KLINIK GEWINNT DER PATIENT SEINE SICHERHEIT UND SELBSTÄNDIGKEIT FÜR DEN ALLTAG ZURÜCK.»

Täglich erkundigt sich Dr. Steiger nach den Fortschritten seines Patienten. Und wo soll es zur Rehabilitation hingehen? Hans-Peter Meier weiss um den hervorragenden Ruf der Klinik Schloss Mammern, eine Partnerklinik von Hirslanden. Dennoch entscheidet er sich für eine ambulante Lösung. Am zweiten Tag melden sich Freunde vom Jazz Club zum Apéro an – heraus kommt mit Unterstützung von Doris Cairati von den Guest Relations und der Küchenmannschaft von Hirslanden ein Abendessen für acht Personen mit Apfel-Ingwer-Suppe, sautiertem Wolfsbarsch und Champagner auf die gelungene Operation. Fast hätte Herr Meier vergessen, in einer Klinik zu sein. Da klopft es erneut. Ein Überraschungsgast! «Ich komme nur schnell zum Händeschütteln», sagt Dr. Maurus Huber, Spezialarzt für Kardiologie an der Klinik Hirslanden. Er hatte Hans-Peter Meier 2008 wegen einer ungleich schwereren Krankheit operiert.

International Quality Indicator Project

Seit 2005 nimmt Hirslanden mit einigen, seit 2008 mit allen Kliniken am International Quality Indicator Project (IQIP) teil. Die 2010 in die Privatklinikgruppe Hirslanden integrierte Klinik Stephanshorn hat im Berichtsjahr zum ersten Mal daran partizipiert. IQIP wurde in den USA entwickelt und ist heute mit nahezu 250 Leistungsindikatoren (gruppiert unter 16 Hauptindikatoren) das weltweit bedeutendste Forschungsprojekt und Verfahren zur Bewertung der Ergebnisqualität in der Medizin. Über 2000 Gesundheitsorganisationen machen beim IQIP mit, davon 200 in Europa. In der Schweiz ist

Hirslanden das einzige Spitalunternehmen, das an den Messungen teilnimmt.

Die IQIP-Messungen erfolgen nach definierten Standards. Danach sind die Kliniken zur Erhebung der folgenden Hauptindikatoren verpflichtet: dokumentierte Stürze, ungeplante Rückverlegung in den Operationsaal, ungeplante Wiederaufnahme ins Spital, Sterblichkeit und Wundliegen (Dekubitusrate). Die folgenden Grafiken zeigen die Entwicklung der ersten drei genannten Indikatoren über die letzten Jahre hinweg.

Über den Abgleich verschiedener struktureller Parameter der Kliniken wird im Projekt der europäische Benchmark ermittelt. Da die Vergleichsgruppen relativ grob gefasst sind, ist ein Vergleich mit dem jeweiligen Benchmark freilich nur beschränkt aussagekräftig. Doch für Hirslanden wichtiger sind ohnehin der Vergleich innerhalb der Gruppe und die Entwicklung der Werte der einzelnen Kliniken. Denn die Analyse dieser Grössen gibt wichtige Hinweise auf mögliche Verbesserungsmassnahmen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es in der Regel rund zwei Jahre dauert, bis ein neu eingeführter Indikator valide gemessen werden kann, wie eine Reihe von Studien im Rahmen des Gesamtprojekts IQIP gezeigt hat. Da in mehreren Kliniken erst im Jahr 2008 und in der Klinik Stephanshorn sogar erst im vergangenen Jahr mit der Erfassung begonnen wurde, lassen die vorliegenden Daten demnach nur begrenzt Aussagen zur Entwicklung zu. Das gilt namentlich für den Indikator «ungeplante Wiederaufnahme innerhalb von 15 Tagen», der überhaupt erst seit drei Jahren gemessen wird. Die

Unterschiede zwischen den einzelnen Kliniken sind auch vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Leistungsspektren zu bewerten. Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf alle stationären Behandlungsfälle der jeweiligen Kalenderjahre.

Der Indikator «ungeplante Wiederaufnahme innerhalb von 15 Tagen» liegt über die ganze Gruppe gesehen leicht oberhalb des europäischen Benchmarks. Dieser Messwert stellt erhebliche Anforderungen an die Kliniken. So muss gemäss Definition zur Erhebung des Indikators jede einzelne Wiederaufnahme im Hinblick auf die Verbindung zu einem vorhergehenden Fall geprüft werden, damit die geplanten Wiederaufnahmen nicht fälschlicherweise bei den ungeplanten mitgezählt werden. Ein Beispiel für eine geplante Wiederaufnahme ist die Durchführung einer Chemotherapie mit mehreren Zyklen. Aktuell werden diese Fälle noch nicht an allen Standorten sauber von den ungeplanten Wiederaufnahmen getrennt, was eine Erklärung für die über dem Benchmark liegenden Werte darstellt. Im Jahr 2011 wurden

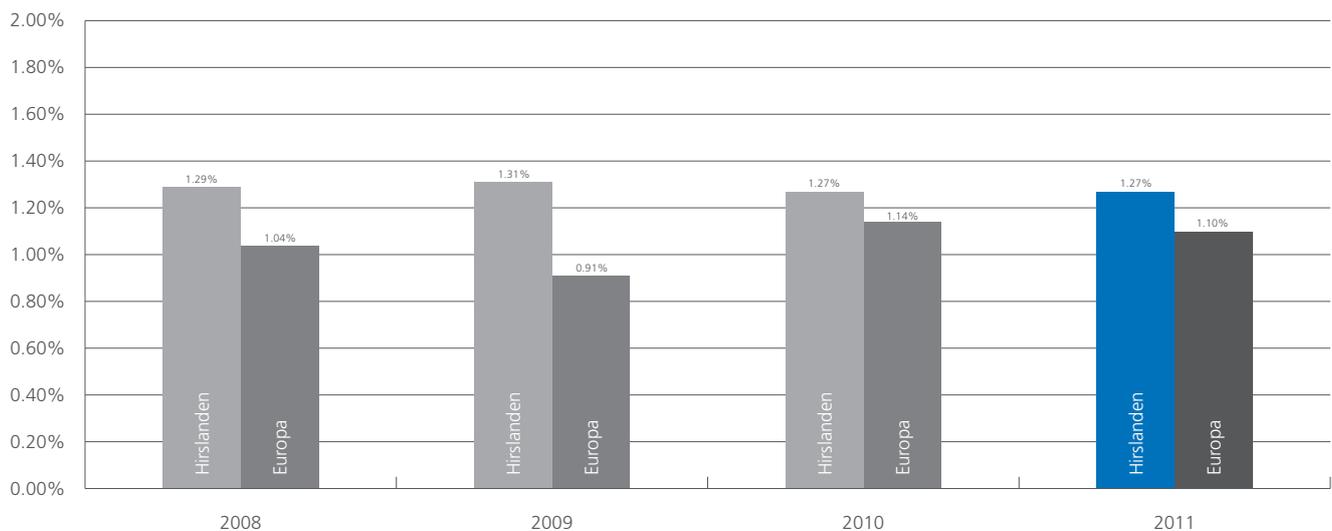
AA Hirslanden Klinik Aarau
BS Klinik Beau-Site, Bern
PM Klinik Permanence, Bern

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 Birschof, Münchenstein Basel

BE Klinik Belair, Schaffhausen
SH Klinik Stephanshorn, St. Gallen
HI Klinik Hirslanden, Zürich
IP Klinik Im Park, Zürich

Indikator 7.1: ungeplante Wiederaufnahmen (< = 15 Tage) (2008–2011)



Ungeplante Wiederaufnahmen (< = 15 Tage), Daten 2011	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	Total
Anzahl Austritte	4729	4357	2603	7146	3689	2932	2573	3157	10102	1730	1146	3090	15212	62466
Anzahl ungeplante Wiederaufnahmen	6	17	3	7	78	25	26	55	185	4	17	13	356	792
														1.27%

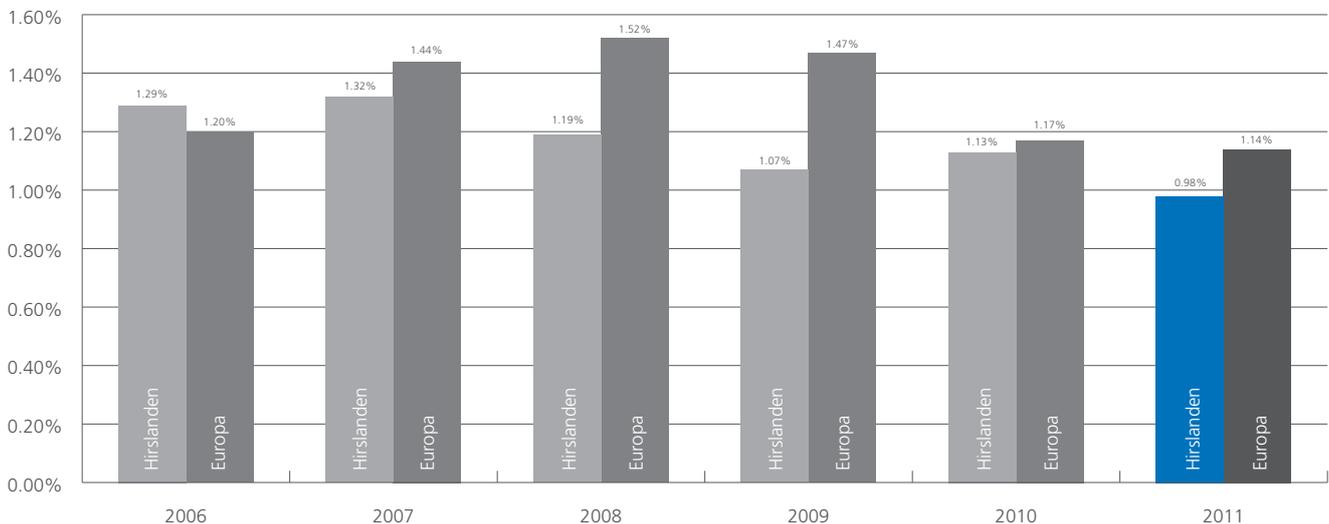
in allen Kliniken Erfassungsaudits durchgeführt, welche diesen Sachverhalt aufdeckten. Die übrigen Kliniken, die hier nicht ausgewiesen werden, werten den Indikator der ungeplanten Wiederaufnahme für den Zeitraum von 31 Tagen aus, eine Frist, die ebenfalls vom IQIP vorgegeben wird.

Isoliert betrachtet sind diese Daten – wie grundsätzlich jede reine Ergebnismessung – nur sehr beschränkt aussagekräftig. Zu ihrer Interpretation bedarf es einer umfassenden Analyse des betreffenden Spitals, bei der neben den Patientencharakteristika weitere Parameter wie zum Beispiel die Fachgebietsverteilung und die Art der durchgeführten Operationen mitberücksichtigt werden. Die umfassende Beschreibung der Qualität einer Klinik, über die Erhebung von Indikatoren hinaus, bleibt eine der grossen Herausforderungen im Gesundheitswesen.

Die Anzahl dokumentierter Stürze in den Hirslanden Kliniken ist im Berichtsjahr zurückgegangen. 2011 wurden in 408 194 Behandlungstagen 862 Sturzereignisse in den Kliniken registriert. Im Vergleich zum europäischen Benchmark weist Hirslanden im Gruppendurchschnitt einen guten Wert aus.

Stürze und durch sie verursachte Verletzungen stellen eine besondere Herausforderung für die Kliniken und insbesondere für die Pflege dar. Das ist darauf zurückzuführen, dass Stürze die vielfältigsten Ursachen haben können. Aus diesem Grund müssen Massnahmen zur Sturzprävention ganz auf das individuelle Sturzrisiko eines Patienten ausgerichtet werden. Überdies ist das Sturzrisiko eines Patienten während seines Klinikaufenthalts laufend neu zu beurteilen. Zu den gängigen Sicherheitsvorkehrungen zählen etwa ein Bettgitter oder eine Sitzwache. Umgekehrt bedarf jedes Sturzereignis einer sorgfältigen Analyse, um daraus möglicherweise neue Präventionsmassnahmen abzuleiten.

Indikator 10.1: ungeplante Rückkehr in den Operationssaal (2006–2011)



Ungeplante Rückkehr in den Operationssaal, Daten 2011	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	Total
Anzahl Operationen	5473	5179	4181	8776	2754	2915	2389	2441	6456	2326	1105	2670	10271	5578	62514
Anzahl ungeplante Rückkehr in den Operationssaal	12	90	6	25	1	19	7	46	61	9	7	40	231	58	612
															0.98%

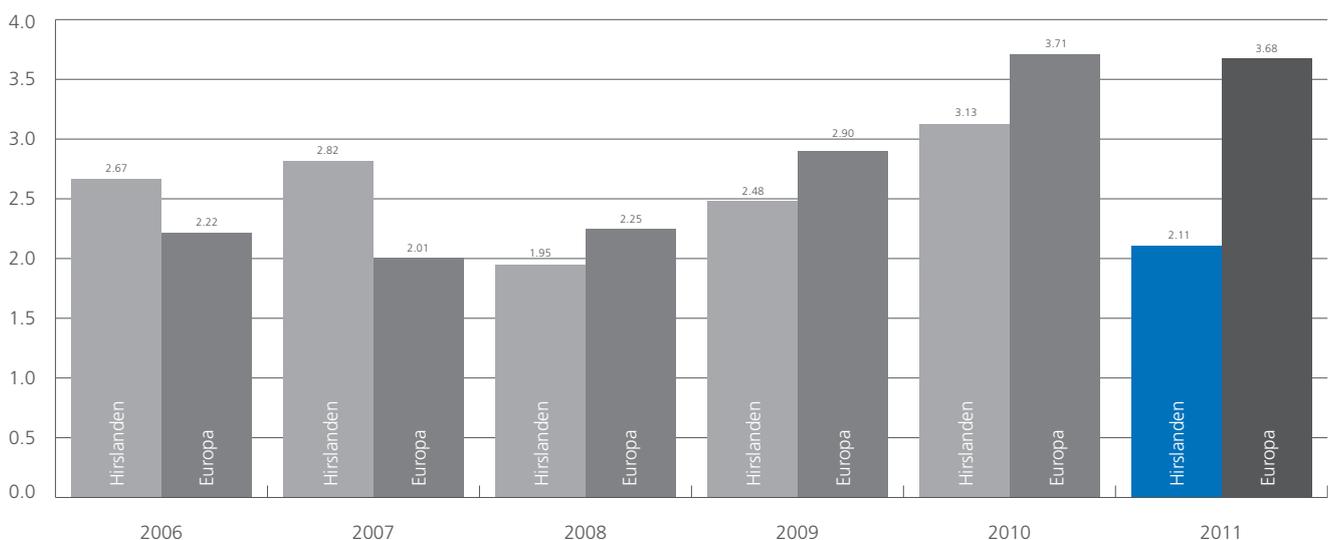
Der Indikator «ungeplante Rückkehr in den Operationssaal» hat sich gegenüber dem Vorjahr verbessert. Im europäischen Benchmark finden in den Hirslanden Kliniken weniger ungeplante Reoperationen statt, was sich positiv darstellt. Auch bei diesem Indikator ist jeder einzelne Messwert auf die Möglichkeit einer geplanten Reoperation hin zu überprüfen. Dazu zählen etwa regelmässig durchgeführte Verbandwechsel im Operationssaal.

MESSEN, UM ZU VERBESSERN

Die IQIP-Messungen dienen in erster Linie zur Unterstützung des internen, kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in den Kliniken. Zu diesem Zweck werden die Ergebnisse in einem ersten Schritt von den zuständigen Gremien der Kliniken eingehend analysiert und interpretiert. Darauf aufbauend bestimmen diese in einem zweiten Schritt Optimierungs- und Präventionsmassnahmen, die schliesslich in den Kliniken implementiert werden. Um Synergien zu nutzen und die Orientierung an «Best Practice» zu fördern, werden die dabei gewonnenen Erkenntnisse auch innerhalb der Gruppe ausgetauscht.

Jede Erhebung eines Indikators soll also zur Grundlage von Verbesserungsmaßnahmen werden können. Doch nicht alle Messungen im Gesundheitswesen haben dieses Ziel. Teilweise liegen ihnen auch ökonomische Überlegungen zugrunde. So will beispielsweise der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) mit seiner Messung zur Häufigkeit von Stürzen herausfinden, ob die Spitäler aufgrund der Einführung von Fallpauschalen (SwissDRG) bei der Pflege sparen. Zu diesem Zweck werden an einem Stichtag alle Patienten nach persönlichen Sturzerlebnissen während ihres Aufenthalts befragt. Eine solche Messung des Ist-Zustandes, bei der in der Regel nur wenige Patienten teilnehmen, ist einer Klinik allerdings wenig dienlich. Im Hinblick auf den Verbesserungsprozess viel wichtiger für sie ist eine kontinuierliche Messung, an der sich auch Entwicklungen ablesen lassen. Auf einer ökonomischen Betrachtung beruht letztlich auch die Erfassung ungeplanter Wiederaufnahmen, wie sie von der SwissDRG gefordert wird: Die gewählte Zeitspanne von 18 Tagen ist ein Kompromiss zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern.

Indikator 13.1: dokumentierte Stürze
Fälle pro 1000 Behandlungstage (2006–2011)



Dokumentierte Stürze, Daten 2011	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	Total
Anzahl Behandlungstage	19234	30172	10625	46229	20856	16373	13865	19817	63387	14222	4837	17700	93698	37179	408194
Anzahl Stürze	31	100	26	77	35	15	32	34	208	23	8	26	189	58	862
Fälle pro 1000 Behandlungstage															2.11%



«SICHERHEIT IN DER
INTENSIVMEDIZIN
BEDEUTET, DEN
PATIENTEN ALS GAN-
ZES ZU BETREUEN
UND NICHT NUR
EINZELNE ORGANE
ZU BEHANDELN.
INTENSIVMEDIZIN
VEREINT HOHE
KOMPETENZ MIT
MODERNSTER
TECHNIK.»

PROF. DR. MED. RETO STOCKER

*Institutsleiter Anästhesiologie und Intensivmedizin
Klinik Hirslanden, Zürich*

KLINIKHYGIENE UND PATIENTENSICHERHEIT

Patientensicherheit in Spitälern ist zu einem wesentlichen Teil eine Frage der Hygiene. Das gilt insbesondere für Intensivstationen, wo das Risiko einer Infektion besonders hoch ist.

INTENSIVE FÜRSORGE AUF DER IPS ERLEBNIS KLINIK HIRSLANDEN (3/4)

Als seine linke Hüfte noch weniger schmerzte, ging Hans-Peter Meier gern spazieren. Auch an jenem Sommertag 2008, an dem er von einem stechenden Schmerz in der Brust übermannt wurde. Ihm schwindelte, 35 Minuten später wurde er benommen im Notfallzentrum der Klinik Hirslanden eingeliefert. Diagnose: Herzinfarkt. Doch davon bekommt Meier unter Vollnarkose nichts mehr mit. Dr. Maurus Huber, Spezialarzt für Kardiologie an der Klinik Hirslanden, entscheidet sich für eine Wiedereröffnung der verstopften Arterie mit einem Ballonkatheter. Unter peinlichst sterilen Bedingungen führt er diesen zur verstopften Stelle, dehnt den «Ballon» mit Flüssigkeit auf und implantiert eine Gefäßstütze (Stent) zur Stabilisierung. Die Operation gelingt perfekt. Als Meier Stunden später auf der Intensivpflegestation (IPS) zu sich kommt, ist er verwirrt. Überall piepst es, in seinem Mund steckt ein Schlauch, unbekannte Menschen huschen herum. Er ist vollständig fremdbestimmt. Sonderbar: Eine Pflegefachfrau notiert etwas in einem Büchlein. Seine Frau liest es ihm vor: «Am Fuss Ihres Bettes ist eine Maschine, die ein tickendes Geräusch von sich gibt. Andere Patienten finden, das töne wie ein Bootsmotor. Ich frage mich, wie sich das für Sie anhört?»

«DER KARDIOLOGE ÖFFNET DIE VERSTOPFTE ARTERIE MIT EINEM BALLONKATHETER.»

Für Patienten auf der IPS hat Dirk Knück, Intensivpflegefachmann an der Klinik Hirslanden, das Intensivtagebuch entwickelt. Geschrieben wird es von Angehörigen und Pflegenden. Der Sinn ist, dass Patienten der IPS später dank Beobachtungen Dritter ihre Bewusstseinslücken füllen können. Laut Studien leiden bis zu 64 Prozent aller IPS-Patienten später psychisch an den Folgen der veränderten Wahrnehmungsfähigkeit. Nicht so Hans-Peter Meier. Das Intensivtagebuch hat er noch heute. Es erinnert ihn daran, an welch dünnem Faden das Leben manchmal hängt. Dirk Knück indessen hat für sein Intensivtagebuch als Beitrag zur Qualitätsförderung den Hirslanden Project Award 2010 gewonnen.

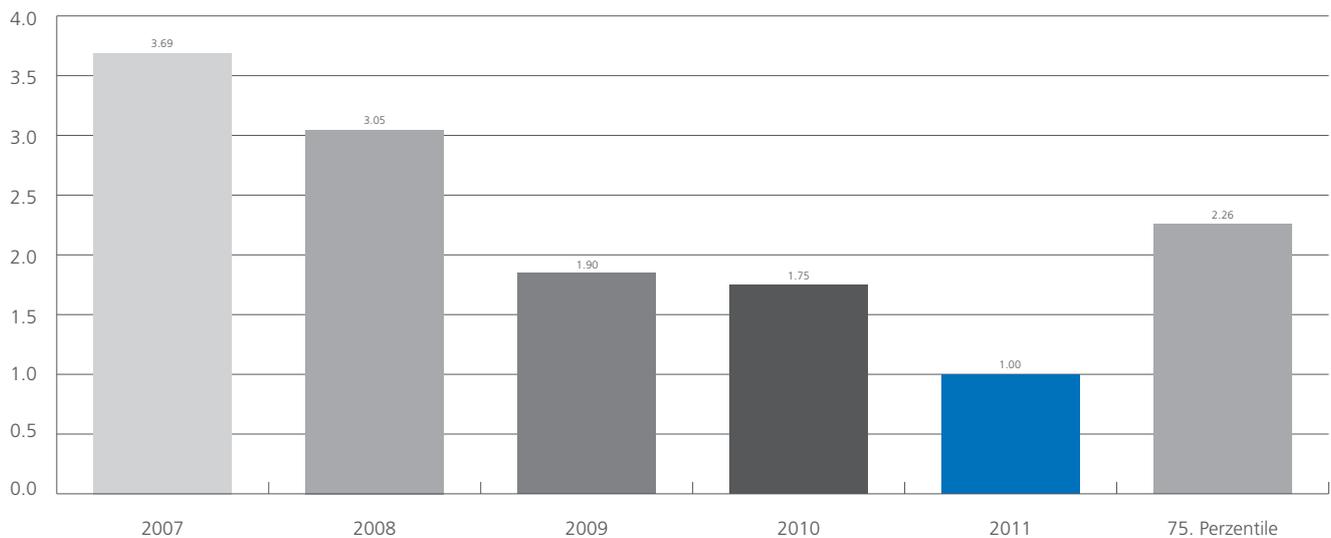
Messungen in der Klinikhygiene

Die Erhebung von klinikassoziierten Infektionen in den Hirslanden Kliniken beruht auf dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des Beratungszentrums für Hygiene (BZH) in Freiburg im Breisgau. Das System ist die weltweit grösste Datenbank zu nosokomialen Infekten und garantiert dadurch solide Vergleichsmöglichkeiten. Seit 2008 nehmen alle Hirslanden Kliniken daran teil. Die Erfassung besteht aus zwei Teilen: Zum einen werden die Anwendungsraten von Kathetern und Beatmungen auf Intensivstationen und damit verbundene Infektionen betrachtet, zum anderen werden die Infektionsraten bei typischen Routineeingriffen gemessen. Der hier dargestellte Messbereich «deviceassoziierte Infektionen auf der Intensivstation» erhebt die folgenden Indikatoren: Anzahl Harnwegsinfekte im Zusammenhang mit Blasenkathetern, Anzahl septischer Erkrankungen im Zusammenhang mit zentralvenösen Kathetern und Anzahl

Lungenentzündungen im Zusammenhang mit Beatmungen. Dabei wird die Anzahl der Anwendungstage ins Verhältnis zur Anzahl der Patienten mit Infektionen gesetzt. Die Werte werden mit der «75. Perzentile» verglichen. Das bedeutet, dass 75 Prozent der Kliniken ein ähnliches Ergebnis erzielen. Das Heranziehen dieses Vergleichswerts orientiert sich an der Einsatzhäufigkeit des jeweiligen Katheters innerhalb der betrachteten Patientengruppe.

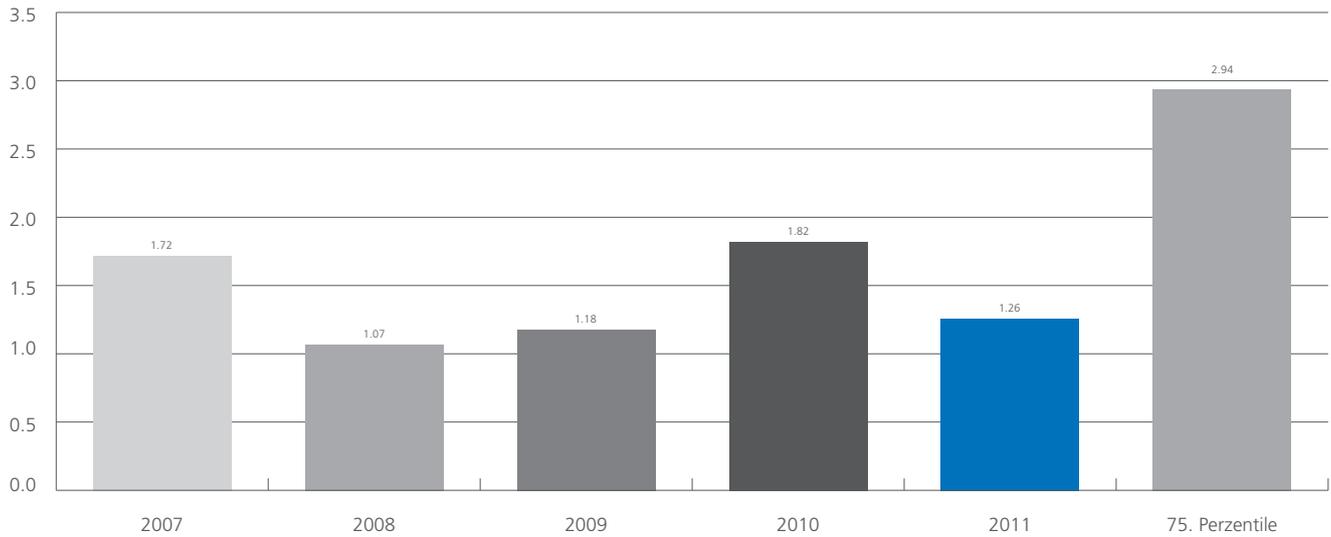
Die Ergebnisse zeigen, dass durch ein konsequentes Hygienemanagement deutliche Erfolge bei der Verminderung von deviceassoziierten Infektionen erreicht werden konnten. Die Werte haben sich in den letzten Jahren kontinuierlich der 75. Perzentile angenähert oder diese sogar unterschritten. Zu den Massnahmen, die zu dieser erfreulichen Entwicklung beigetragen haben, gehören etwa die Überarbeitung der Hygienerichtlinien bei der Anlage eines Katheters und die Vor-Ort-Schulung durch die Hygienefachkräfte. Gleichwohl bleibt das Hygienemanagement eine ständige Herausforderung: Die Hygienefachleute suchen täglich jene Patienten auf, die einen Katheter erhalten haben, und kontrollieren, ob Infektionsanzeichen vorhanden sind. Dabei prüfen sie auch, wie der Katheter implantiert wurde und wie er gepflegt wird. Gleichzeitig müssen die Ärzte ebenfalls täglich beurteilen, ob ein Katheter noch indiziert ist. Alle entfernten Katheter werden im Labor auf Bakterien untersucht. Die von den Hygienefachleuten erhobenen Daten werden analysiert und in den Hygienekommissionen der Kliniken diskutiert. Diese informieren danach die betroffenen Abteilungen und Ärzte über die Resultate und die Beschlüsse, welche zusätzlichen Massnahmen einzuleiten sind.

Katheterassoziierte Sepsis
Fälle pro 1000 Anwendungstage (2007–2011)



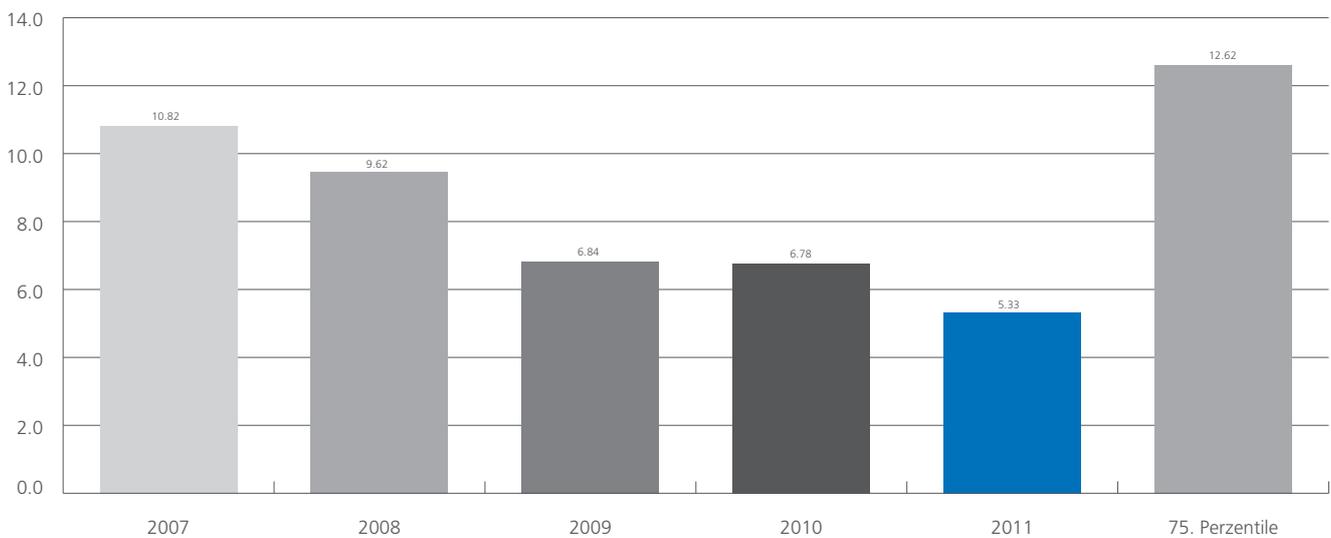
Katheterassoziierte Sepsis, Daten 2011	AA	BS	CC	ST	HI	IP	Total
Anzahl Anwendungstage	1 284	2 269	620	742	3 311	1 705	9 931
Anzahl Fälle mit Sepsis	2	0	0	0	3	6	11
Infektionsrate	1.56	0.00	0.00	0.00	0.91	3.52	1.00

Harnwegskatheterassoziierte Infektion
Fälle pro 1000 Anwendungstage (2007–2011)



Harnwegskatheterassoziierte Infektion, Daten 2011	AA	BS	CC	ST	HI	IP	Total
Anzahl Anwendungstage	1476	2262	894	1282	3603	1906	11423
Anzahl Fälle mit Harnwegsinfektion	1	3	3	0	6	1	14
Infektionsrate	0.68	1.33	3.36	0.00	1.67	0.52	1.26

Beatmungsassoziierte Pneumonie
Fälle pro 1000 Anwendungstage (2007–2011)



Beatmungsassoziierte Pneumonie, Daten 2011	AA	BS	CC	ST	HI	IP	Total
Anzahl Anwendungstage	690	693	80	269	1358	728	3818
Anzahl Fälle mit Pneumonie	5	3	0	1	4	10	23
Infektionsrate	7.25	4.33	0.00	3.72	2.95	13.74	5.33

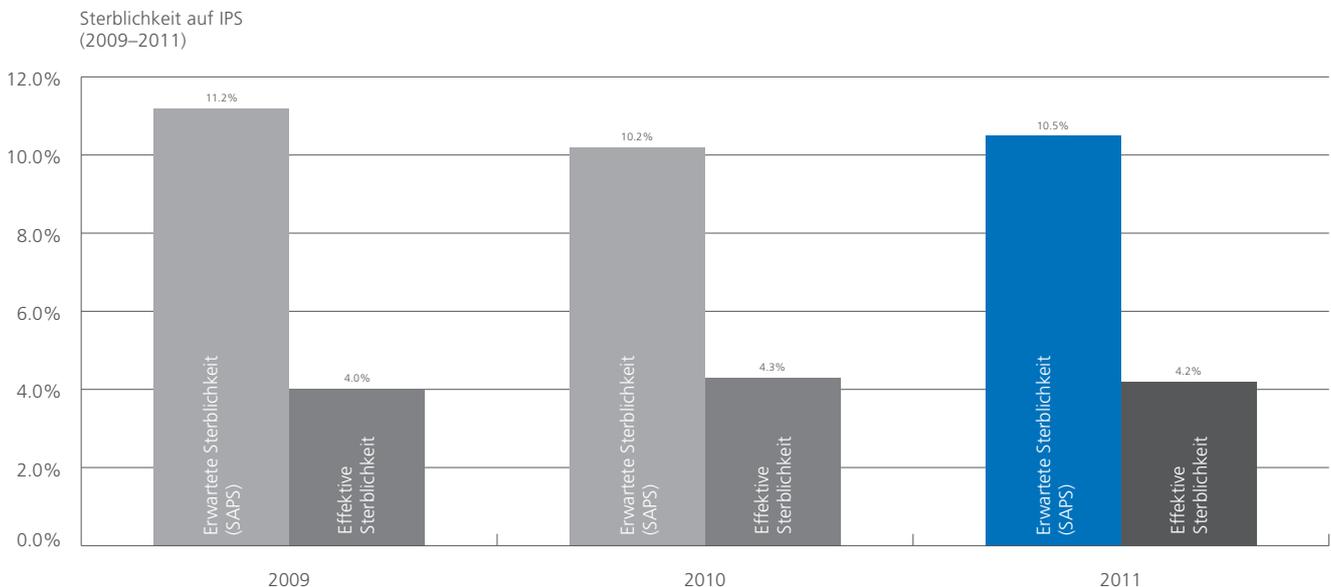
Im Messprogramm des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind diese Erhebungen noch nicht enthalten. Angesichts ihrer hohen Relevanz wäre es jedoch wünschenswert, dass das Messprogramm des ANQ um sie erweitert würde. Hirslanden hat einen entsprechenden Antrag gestellt. Er knüpft damit an das bereits 2006 von der WHO lancierte Projekt «High 5s» zur Erhöhung der Patientensicherheit an.

Sterblichkeit auf Intensivstationen

Messergebnisse lassen sich nur vergleichen, wenn die Indikatoren risikoadjustiert sind. Zu den wenigen Messungen, die diese Bedingung erfüllen, gehört die Sterblichkeit auf Intensivstationen. Für jeden IPS-Patienten wird bei der Aufnahme anhand verschiedener Parameter der physiologische Zustand erfasst. Grundlage dazu bildet der Simplified Acute Physiology Score (SAPS). Daraus lässt sich das individuelle Sterblichkeitsrisiko ermitteln. Die Summe der

Sterblichkeitsrisiken aller Patienten ergibt die «erwartete Sterblichkeit». Um den Sterblichkeitsindex zu ermitteln, wird die erwartete mit der «effektiven Sterblichkeit» verglichen. Bei einer hohen Behandlungsqualität sollte diese maximal 50 Prozent der erwarteten Sterblichkeit betragen.

Der Vergleich der erwarteten Sterblichkeit mit der tatsächlichen Sterblichkeit zeigt für die Intensivstationen der Hirslanden Kliniken ein sehr positives Ergebnis: Insgesamt liegt die effektive Sterblichkeit deutlich unterhalb der erwarteten Sterblichkeit. Diese Ergebnisse sind umso bemerkenswerter, als Hirslanden im Unterschied zur gesamtschweizerischen Vergleichsbetrachtung nicht nur die effektive Sterblichkeit auf den Intensivstationen misst, sondern jene über den gesamten Klinikaufenthalt eines IPS-Patienten hinweg.



Sterblichkeit auf IPS, Daten 2009–2011	Hirslanden 2009	Schweiz 2009	Hirslanden 2010	Schweiz 2010	Hirslanden 2011	Schweiz 2011
Erwartete Sterblichkeit (SAPS)	11.2%	7.0%	10.2%	9.0%	10.5%	10.0%
Effektive Sterblichkeit (alle Pat. mit IPS-Aufenthalt)	4.0%		4.3%		4.2%	
Effektive Sterblichkeit (auf IPS verstorben)	2.9%	4.0%	2.8%	4.0%	2.6%	4.0%
Sterblichkeitsindex	0.36		0.42		0.40	
Durchschnittsalter Patienten IPS	67.3	61.0	66.4	64.0	67.9	62.0
Mittlere Verweildauer IPS (Tage)	2.4	2.5	2.4	3.6	2.3	2.5
Fallschwere (Mittelwert SAPS)	25.3	27.0	25.5	29.0	26.1	29.0
Anteil beatmeter Patienten	44.5%	31.0%	40.8%	32.0%	37.9%	32.0%
Anzahl Fälle	5 056		5 753		5 427	

Sterblichkeitsdaten nach der Methode Helios

Auch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) publiziert in seiner Qualitätsberichterstattung Sterblichkeitsdaten. Sie beruhen auf der von der deutschen Privatklinikgruppe Helios definierten Erhebungsmethode. Hirslanden veröffentlicht bereits zum zweiten Mal die so gewonnenen Sterblichkeitsdaten in einer konsolidierten Gruppensicht und vergleicht sie mit den Daten des Universitätsspitals Basel. Die dabei betrachteten Fallzahlen sind aktueller als jene, auf die sich die Veröffentlichung des BAG stützt. Die Ermittlung der Indikatoren erfolgt nach einem Algorithmus aus der jährlich zu erstellenden Spitalstatistik.

Da die Risikoadjustierung der Daten nur gerade über das Lebensalter und das Geschlecht der Patienten erfolgt,

sind Vergleiche mit grosser Vorsicht zu interpretieren. Dazu kommt, dass bei tiefen Fallzahlen bereits ein einzelner Todesfall zu einer hohen Sterblichkeitsrate führen kann. Kritisch muss schliesslich auch die Gegenüberstellung von Kliniken unterschiedlicher Grösse und medizinischer Ausrichtung betrachtet werden. So ist insgesamt festzuhalten, dass die Daten viele Fragen unbeantwortet lassen und nur wenig über die Qualität eines Spitals aussagen. Gleichwohl unterstützt Hirslanden die Bestrebungen des BAG, nicht zuletzt auch als neues Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), in der sich Spitäler aus Deutschland, Österreich und der Schweiz für mehr medizinische Qualität engagieren. Die Initiative vergleicht die Helios-Daten und beurteilt die Ergebnisse anschliessend im Rahmen eines Peer-Review-Verfahrens.

	Fallzahl	Todesfälle	Sterblichkeit	Sterblichkeit USB 2011	Fallzahl USB 2011
Herzinfarkt	558	24	4.30%	6.5%	695
Herzinsuffizienz	419	26	6.21%	7.3%	425
Behandlungsfall mit Linksherzkatheter	4 731	19	0.40%	2.7%	2 002
Isolierter aortokoronarer Bypass mit Herzlungenmaschine	1 184	12	1.01%	4.7%	301
Versorgung mit Schrittmacher und implantierbarem Defibrillator	799	4	0.50%	1.5%	334
Schlaganfall/Stroke	156	17	10.90%	8.1%	594
Lungenentzündung (Pneumonie)	416	24	5.77%	5.9%	454
Lungenkrebs (Bronchialkarzinom)	320	32	10.00%	6.2%	564
Entfernung der Gallenblase (Cholecystektomie)	784	2	0.26%	0.0%	128
Operation von Leisten-, Schenkel- und Nabelbrüchen (Herniotomie)	2 264	2	0.09%	0.6%	160
Grosse Operation an Dick- und Enddarm (kolorektale Operation)	686	8	1.17%	12.6%	135
Bauchaortenaneurysma	210	3	1.43%	3.6%	56
Extrakranielle Gefässeingriffe Halsschlagader	113	1	0.88%	0.0%	85
Geburt	4 925	1	0.02%	0.0%	2 299
Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)	1 034	1	0.10%	0.0%	119
Brustkrebs (Mammakarzinom)	1 022	16	1.57%	1.8%	340
Erysipel	113	1	0.88%	1.2%	85
Hüftgelenkersatz	1 774	1	0.06%	0.7%	143
Kniegelenkersatz	1 846	0	0.00%	0.6%	156
Schenkelhalsfraktur	139	3	2.16%	5.8%	137
Totalentfernung der Niere (Nephrektomie)	93	0	0.00%	0.0%	43
Entfernung der Prostata durch Abtragung über die Harnröhre (TUR)	1 045	1	0.10%	0.0%	192
Prostatakarzinom	777	13	1.67%	3.2%	281
Sepsis	262	31	11.83%	9.6%	513
Kataraktoperation	513	0	0.00%	0.0%	0
Wirbelsäulenchirurgie (ohne Traumatologie)	2 807	4	0.14%	0.2%	823
Oesophagus-OP	29	2	6.90%	0.0%	0
Pankreas-OP	102	4	3.92%	0.0%	0

AUS FEHLERN LERNEN

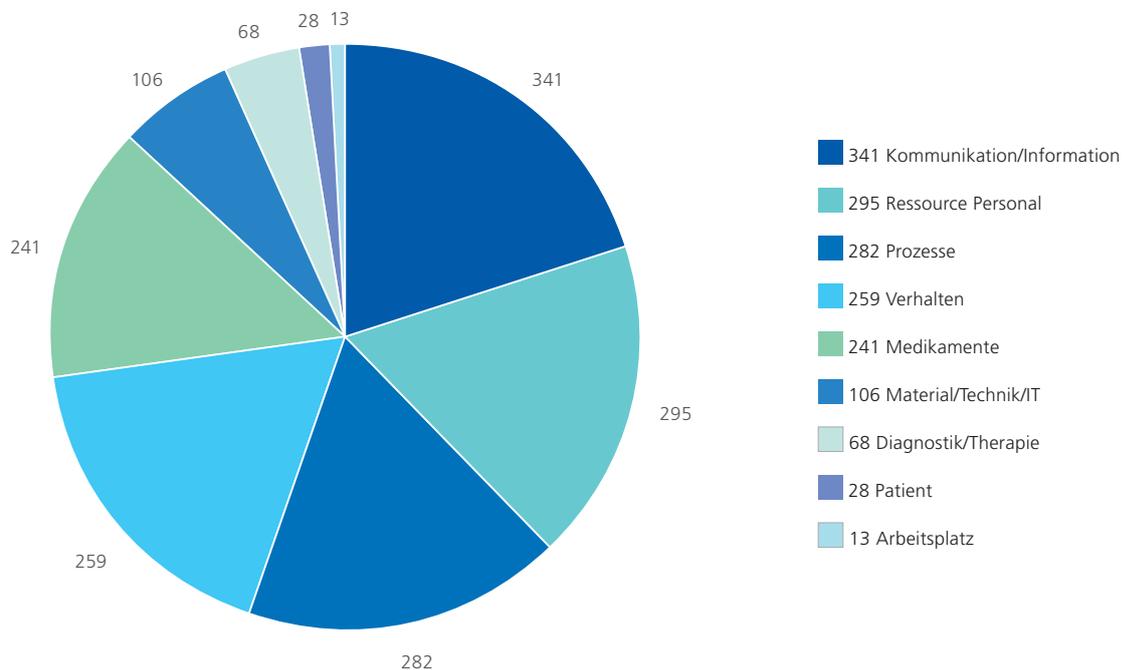
Es liegt auf der Hand, dass die Sterblichkeitsdaten zu den wichtigsten Qualitätsindikatoren eines Spitals gehören. Wie bei allen Indikatoren muss auch hier die Frage im Zentrum stehen, wo weitere Verbesserungen möglich sind. Aus diesem Grund finden in allen Hirsländen Kliniken regelmässig sogenannte Mortality and Morbidity Conferences statt, an denen jene Todesfälle analysiert werden, die aufgrund des ermittelten Sterberisikos nicht erwartet wurden. Dabei geht es vor allem darum, herauszufinden, welche Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung unerwünschter Verläufe beitragen können. Das bedeutet einen grundsätzlichen Kulturwandel im Umgang mit Fehlern. Oberstes Ziel ist, zu verhindern, dass der gleiche Fehler ein zweites Mal passiert.

Diese Art des Umgangs mit Fehlern liegt auch dem Sicherheitsinformationssystem zugrunde, das seit 2006 an einigen und seit 2008 an allen Kliniken von Hirsländen installiert ist. Es bietet den Mitarbeitenden aller Berufsgruppen die Möglichkeit, anonym Fehler zu melden, die Schadensereignisse hätten auslösen können. Das Meldesystem basiert auf einer einheitlichen Software und unterstützt die Kliniken dabei, aus den Erfahrungen anderer und dem Wissen um Beinaheschäden zu lernen. Diesem Vorgehen liegt die Erkenntnis zugrunde, dass jedem Schadensereignis einige Hundert Beinaheschäden vorausgehen. Das Konzept wurde der Luftfahrt entlehnt, die solche Systeme seit Jahrzehnten einsetzt.

Die als Critical Incidents bezeichneten Meldungen werden kategorisiert, analysiert und durch eine interdisziplinäre Kommission in jeder Klinik aufgearbeitet. Im Zentrum stehen dabei die Fragen «Weshalb hat das System diesen Beinahefehler zugelassen?» und «Wie kann das System so gestaltet werden, dass dieser Beinahefehler nicht mehr auftritt?». Durch den Einsatz dieses Meldesystems, die Einleitung von Präventionsmassnahmen und die Publikation der aufgearbeiteten Fälle sowie deren Austausch zwischen den Kliniken wird die Patientensicherheit kontinuierlich erhöht.

Im Berichtsjahr wurden 1222 solche Beinaheereignisse gemeldet. In vielen Fällen ergaben sich daraus konkrete Massnahmen zur künftigen Vermeidung ähnlicher Ereignisse. Die Abbildung zeigt die Verteilung der verschiedenen Kategorien von Meldungen im Jahr 2011. Rund ein Fünftel der erfassten Beinahefehler betraf die Medikation.

Kategorisierung der Beinahefehler in absoluten Zahlen





«PATIENTEN-
SICHERHEIT IST
DER KERN DER
QUALITÄT.
WO MENSCHEN
ARBEITEN,
KÖNNEN FEHLER
PASSIEREN. LER-
NEN AUS FEHLERN
IST QUALITÄT.»

DR. MED. MARC-ANTON HOCHREUTENER

Geschäftsführer Stiftung für Patientensicherheit

UMFASSENDES QUALITÄTSMANAGEMENT

Alle Qualitätsmessungen sind bei Hirsländen eingebettet in ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem, das sich auf internationale Normen und Modelle abstützt. Dadurch ist sichergestellt, dass die Messergebnisse zur Grundlage von konkreten Verbesserungsmassnahmen werden.

ZURÜCK NACH HAUSE

ERLEBNIS KLINIK
HIRSLÄNDEN (4/4)

Am sechsten Tag nach der Hüftoperation sind sich der verantwortliche Arzt Dr. med. Ulrich Steiger und der Patient Hans-Peter Meier einig: Der Weg nach Hause kann angetreten werden – und zwar zu Fuss. Meier braucht freilich noch Gehstützen zum Laufen, doch das künstliche Hüftgelenk leistet bereits hervorragende Dienste. Mit Hilfe seiner Frau packt Meier seine Taschen, bevor er sich an den Holztisch setzt und noch einmal die vergangene Woche Revue passieren lässt: Wie reibungslos die Operation verlief, wie sicher er schon wieder auf den Beinen ist, wie flexibel auf seine Wünsche reagiert wurde, wie köstlich das Essen war – kurzum: wie sehr er sich als Mensch gefühlt hat und nicht nur als Patient. All das notiert er im «Brief an die Direktion», der dem Austrittsformular beigelegt ist. Darin findet sich auch die Frage, ob er die Klinik Hirsländen Freunden oder der Familie weiterempfehlen würde. Meier macht sein Kreuz bei «Ja, ganz sicher».

«WÄHREND DES KLINIKAUFENTHALTS HAT SICH HANS-PETER MEIER SEHR ALS MENSCH UND NICHT NUR ALS PATIENT GEFÜHLT.»

Dann schaut die Person vorbei, die zum Wohlbefinden Meiers wesentlich beigetragen hat: Doris Cairati von den Guest Relations. Sie ist in der letzten Woche zu einer wichtigen Bezugsperson geworden: Ihr konnte Meier alle Ängste, Freuden und Fragen mitteilen. Denn der ehemalige Manager stellte sich auch kritische Fragen – zum Beispiel, warum ihm vor der Operation nochmals Blut abgenommen wurde, nachdem dies bereits bei der Voruntersuchung erfolgt war. Meier gibt zu, eine geradezu kindliche Angst vor Spritzen zu haben. Umgehend hat Doris Cairati die Frage ans Rückmeldungsmanagement der Klinik Hirsländen weitergeleitet – nun hat sie für Meier die schriftliche Antwort der Direktion parat: Während die erste Blutentnahme der Blutuntersuchung diente, war die zweite Blutentnahme notwendig, um eine sogenannte Kreuzprobe mit der bereitgestellten Blutreserve durchzuführen. Blutkonserven würden bei grossen orthopädischen Eingriffen aus Sicherheitsgründen immer bereitgehalten – die Kreuzprobe garantiere die Verträglichkeit der Blutkonserve. Heute kann Hans-Peter Meier wieder schmerzfrei laufen. Auch sein Herz hat sich vom Notfall im Jahr 2008 gut erholt. Demnächst spielt seine Lieblingsband «Jazz Burgers» zum Ball auf. Dann will Meier endlich wieder mit seiner Frau Annegret das Tanzbein schwingen. Vielleicht sogar mit Hüftschwung.

Wertvolle Patientenrückmeldungen

Rückmeldungen von Patienten sind für Hirsländen enorm wertvoll, da sie wichtige Inputs für Verbesserungen sein können. Das gilt naturgemäss vor allem für negative Feedbacks. Aber auch positive Rückmeldungen dienen dem Qualitätsmanagement. Sie zeigen, welche der bereits früher getroffenen Verbesserungsmassnahmen ihren Zweck erfüllen. Das Ziel ist selbstredend, den Anteil positiver Rückmeldungen kontinuierlich zu steigern. Bereits heute fallen rund 80 Prozent der Feedbacks positiv aus.

Die Patientenrückmeldungen sind bei Hirsländen in einen systematischen Prozess eingebettet, der durch das eigens für Hirsländen entwickelte Customer Relationship Management (CRM) vorgegeben ist: Alle Rückmeldungen gelangen zuerst zum Direktor der betroffenen Klinik und werden nach positiven und negativen Aspekten klassifiziert. Danach werden die Feedbacks an die zuständigen Bereiche weitergeleitet. Auf Kritik und Beanstandungen der Patienten müssen diese mit einem schriftlichen Kommentar reagieren, der in das Antwortschreiben an den Patienten einfliesst.

Falls die Patientenrückmeldung Anlass zu konkreten Verbesserungen gibt, wird dies dem Patienten ebenfalls mitgeteilt. Alle Rückmeldungen werden schliesslich gesammelt und statistisch aufbereitet, sodass ein umfassendes Bild entsteht.

Das Rückmeldungsmanagement von Hirslanden sichert zusammen mit all den Indikatorensystemen, die in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben worden sind, die Produkt- bzw. Ergebnisqualität. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse können aber nur dann zur Grundlage einer kontinuierlichen Verbesserung werden, wenn sie in ein professionelles Prozessmanagement einfließen. Den Rahmen dazu bildet in der Privatlinikgruppe Hirslanden die Prozessnorm für Dienstleistungsbetriebe ISO 9001:2008. Das durch diese Norm geprägte Prozessmanagement wiederum ist eine Zwischenstufe in der Ausrichtung des gesamten Qualitätsmanagements auf das Business Excellence Modell der europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM). Dieses Modell unterstützt Hirslanden bei der Bewertung und Standortbestimmung innerhalb der Kliniken und der koordinierten, ergebnisorientierten Entwicklung aller Unternehmensbereiche.

International Standard Organisation

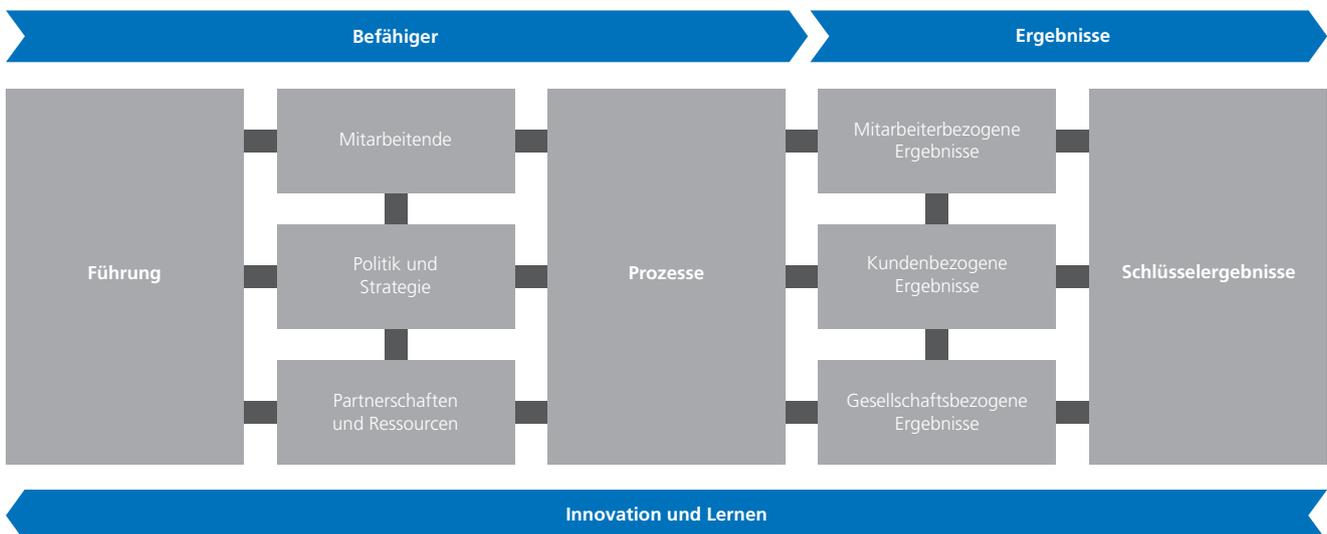
Für ihre konsequente Orientierung am Managementsystem nach der ISO-Norm 9001:2008 verfügen das Head Office und alle Kliniken von Hirslanden über die entsprechende Zertifizierung. Eine Ausnahme bildet die Klinik Stephanshorn, für die das Projekt zur Erstzertifizierung mit ihrer Integration in die Privatlinikgruppe Hirslanden gestartet wurde. Geplant ist, dass die Klinik im laufenden Jahr die Zertifizierung erhält. Die Vorbereitung auf die Zertifizierung nimmt üblicherweise mehr als zwölf Monate in Anspruch. Dabei werden alle Geschäftsprozesse analysiert, dokumentiert und in Beziehung zueinander gesetzt. Dadurch entsteht ein prozessorientiertes Abbild der Klinik. Wesentliche Punkte neben der reinen Beschreibung sind die Etablierung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und seine Dokumentation. Dabei folgt die ISO-Norm 9001:2008 dem sogenannten Deming-Kreis, benannt nach seinem Entwickler Edward Deming: Aus der Planung eines Prozesses ergibt sich die Umsetzung. Danach folgen die Prüfung des Resultats und allenfalls eine Anpassung des Prozesses.

Die Zertifizierung nach ISO 9001:2008 wird jährlich durch ein externes Audit überprüft. Es liefert – zusammen mit den internen Audits – wichtige Einsichten zu den Optimierungspotenzialen in den Kliniken, die dann wiederum in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einfließen. Dabei kommt in allen Kliniken ein einheitliches Prozessmanagementsystem zum Einsatz. Diese Software erlaubt uneingeschränkten Einblick in die Prozesse aller Kliniken. So können in idealer Weise Konzepte wie das «Lernen von den Besten» umgesetzt werden.

European Foundation for Quality Management

Die Stiftung EFQM (European Foundation for Quality Management) wurde 1998 gegründet. Bereits im Jahr 2004 haben erste Kliniken von Hirslanden Selbstbewertungen anhand des Business Excellence Modells durchgeführt, das von der Stiftung entwickelt wurde. Inzwischen orientiert sich die ganze Gruppe an diesem Modell. Es besteht aus neun Kriterien, die unterteilt sind in Befähiger- und Ergebniskriterien. Der Zusammenhang zwischen diesen Kriterien stellt sich wie folgt dar: Exzellente Schlüsselergebnisse, eine hohe Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie gesellschaftsbezogene Ergebnisse werden durch eine Führung mit klarer strategischer Ausrichtung erreicht, die sich auf Mitarbeitende, Partnerschaften und gelenkte Prozesse stützt. Die Abbildung illustriert das Modell und seine Zusammenhänge. Dabei wird die zentrale Bedeutung des Prozessmanagements deutlich, eine Herausforderung, der Hirslanden mit der ISO-Zertifizierung der Kliniken erfolgreich begegnet ist. Das EFQM-Modell geht aber nochmals weit über die Inhalte der ISO-Norm 9001:2008 hinaus, indem es ein ganzheitliches Verständnis der Ursache- und Wirkungszusammenhänge unterstützt. Ein weiterer Schwerpunkt bildet der Nachweis der Nachhaltigkeit. Dem Modell liegt dafür eine besondere Systematik zugrunde, die den Umsetzungsgrad durch die Abfolge von geplantem Vorgehen, Umsetzung, Bewertung und Überprüfung von Ergebnissen transparent zeigt. Dabei handelt es sich um eine Erweiterung des Deming-Kreises.

Ein Unternehmen, das sich am EFQM-Modell orientiert, kann anhand seiner Systematik zunächst im Rahmen einer Selbstbewertung herausfinden, inwieweit es die Kriterien erfüllt. In einem zweiten Schritt besteht die Möglichkeit einer Fremdbewertung durch externe Assessoren, die in der Anwendung des Modells geschult sind. Hirslanden ist überzeugt, dass die Ausrichtung auf die Business Excellence nach EFQM den Erfolg der Kliniken nachhaltig und umfassend sichert – beim Erreichen der Qualitäts- und der betriebswirtschaftlichen Ziele genauso wie beim Erzielen einer hohen Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie – last, but not least – bei der Wahrnehmung der gesellschaftlichen Verantwortung.



QUALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN

Die Gesamtqualität eines Leistungserbringers wie der Privatklinikgruppe Hirslanden ergibt sich aus der Summe vieler Teilqualitäten. Diese lassen sich in zwei Gruppen unterteilen: in die Gruppe der objektiven und in jene der subjektiven Qualitäten. Zur Gruppe der objektiven Qualitäten zählt neben der Ergebnisqualität, die durch die beschriebenen Indikatoren systeme erfasst wird, auch die Prozessqualität, wie sie durch die ISO-Norm 9001:2008 und das Business Excellence Modell des EFQM definiert wird. Die Gruppe der subjektiven Qualitäten umfasst all jene Aspekte, die auf den Begriff der Patientenzufriedenheit gebracht werden. Es liegt auf der Hand, dass die objektiven Qualitäten ihre subjektive Wahrnehmung durch die Patienten massgeblich prägen. Die Patientenzufriedenheit hängt aber auch stark von der Erwartungshaltung ab. Diese unterscheidet sich bereits in Abhängigkeit vom Versicherungsstatus des Patienten. Vor diesem Hintergrund lässt sich die Unterscheidung treffen zwischen Grundqualität, Leistungsqualität und Begeisterungsqualität (Kano-Modell). Die Grundqualität bezieht sich auf jene Dinge, die mit grosser Selbstverständlichkeit erwartet werden. In der Schweiz zählt dazu etwa das hohe Niveau der medizinischen Versorgung. Die Leistungsqualität umfasst das, was ein Patient zwar nicht automatisch erwartet, dafür aber umso mehr schätzt, wenn es eintrifft. Zu denken ist beispielsweise an kurze Wartezeiten, wenig Schmerzen oder das Eingehen auf individuelle Wünsche. Die Begeisterungsqualität schliesslich gilt dem, was der Patient in keiner Weise zu erwarten hoffte und ihn damit überrascht, beispielsweise der Besuch des Direktors oder des zuständigen Mitglieds der Geschäftsleitung während des stationären Aufenthalts. Kennzeichnend für die Begeisterungsqualität ist, dass sie individuell unterschiedlich wahrgenommen wird. Das Ziel der Privatklinikgruppe Hirslanden als Qualitätsführerin ist, nicht nur bei der Grundqualität, sondern auch bei der Leistungs- und der Begeisterungsqualität das hohe Niveau zu halten und weiter zu steigern.

In der Schweiz wird seit einiger Zeit eine intensive Debatte über die Qualität im Gesundheitswesen geführt. Im Vordergrund stehen die Fragen nach der Qualitätsmessung und der Qualitätsverbesserung. Ein Konsens über einheitlich definierte und transparente Indikatoren der Qualität konnte dabei erst in Ansätzen erzielt werden. Dazu zählt das Messprogramm des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), an dem Hirslanden mit allen Kliniken teilnimmt. So willkommen diese Initiative ist – bis sie eine seriöse Vergleichsbetrachtung ermöglicht, braucht es noch einige Erfahrung mit der Erhebung der Indikatoren. Dazu kommt, dass aus Sicht von Hirslanden die Indikatoren einer weiteren Verfeinerung bedürfen und durch zusätzliche Messgrössen ergänzt werden müssen. So sind beispielsweise fünf Fragen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit schlicht zu wenig, wenn die Auswertung der Antworten zum Ergebnis hat, dass alle Schweizer Spitäler auf einer Skala von 1 bis 10 einen Wert zwischen 9 und 10 erzielen. Schliesslich ist das Messprogramm des ANQ aber auch dahingehend weiterzuentwickeln, dass die Ergebnisse die Kliniken nicht nur dabei unterstützen, ihre Betreuungs- und Behandlungsqualität zu erfassen, sondern diese auch zu verbessern.



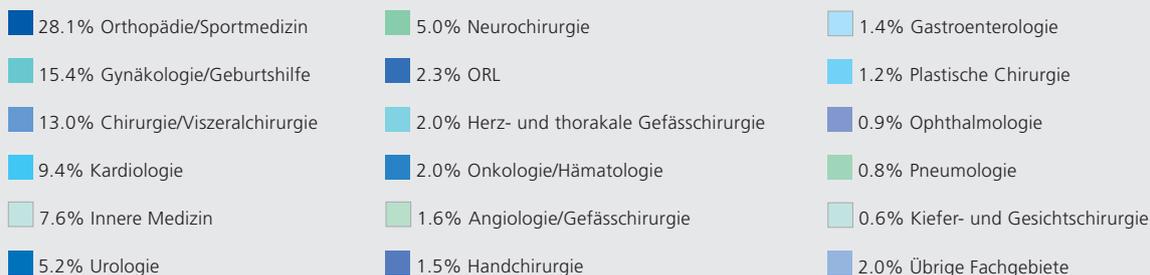
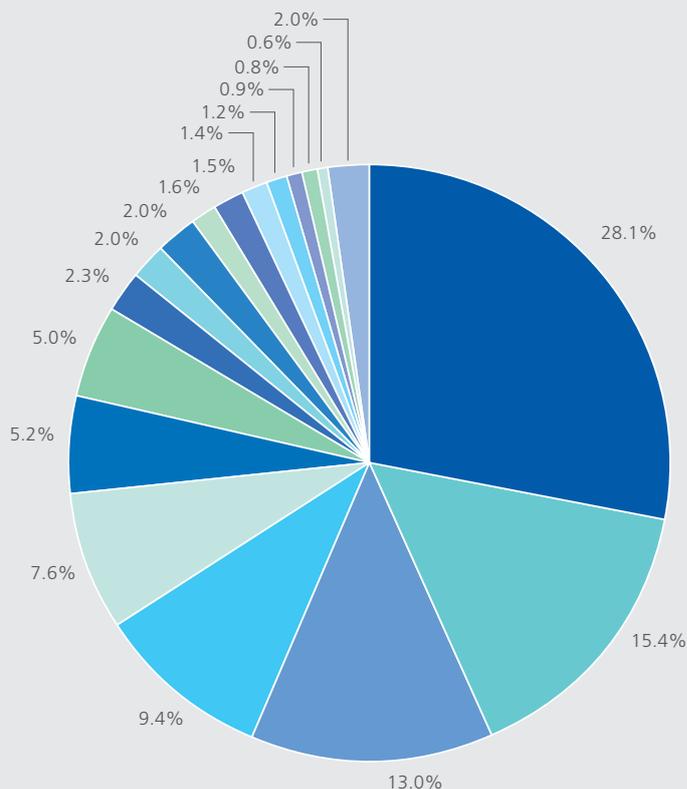
**«ALS ARZT WEISS ICH,
WIE WICHTIG
VERTRAUEN FÜR DIE
GENESUNG IST.
DAZU BRAUCHT ES
FÜRSORGLICHE
PFLEGE, HOCHSTEHEN-
DE MEDIZIN UND
INFRASTRUKTUR. IN
UNSEREM BELEG-
ARZTSYSTEM BLEIBT
DIE ANSPRECHPERSON
FÜR DEN PATIENTEN
IMMER DIE GLEICHE.»**

LEISTUNGSSPEKTRUM

Fachgebiete

Die Orthopädie war auch im Berichtsjahr das stärkste Fachgebiet der Privatklinikgruppe Hirslanden. Die Rangfolge der weiteren Gebiete Gynäkologie/Geburtshilfe, Kardiologie und Innere Medizin blieb ebenfalls unverändert. Die Übersicht zeigt, dass relevante Spezialgebiete der Medizin in einzelnen Kliniken einen grossen Anteil am Leistungsspektrum ausmachen. Das betrifft insbesondere die Kardiochirurgie und die Neurowissenschaften mit dem kompletten Spektrum

der interventionellen Neuroradiologie und Neurochirurgie. Mit Blick auf die Gesamtfallzahl des Jahres 2011 lässt sich festhalten, dass die Leistungen der Grund- und Basisversorgung weiterhin einen Schwerpunkt bilden.



DAS GESCHÄFTSJAHR 2011/12 IN ZAHLEN

Stationäre Fallzahlen und Fachgebiete je Klinik¹

Bei der Interpretation der Fallzahlen ist zu berücksichtigen, dass in bestimmten Fachgebieten nur sehr wenige Behandlungen einen stationären Aufenthalt erfordern. Die Fachgebietszuordnung erfolgt aktuell anhand des Fachgebiets des behandelnden Arztes. Verlegungen innerhalb eines stationären Aufenthalts finden in dieser Darstellung keine Berücksichtigung. Nicht ausgewiesen wird ausserdem die Tätigkeit eines Arztes in mehreren Fachgebieten. Dies erklärt zum Teil die geringen Fallzahlen in einzelnen Gebieten. Ein Beispiel dafür sind internistisch tätige Ärzte mit einer Zusatzausbildung in Onkologie. Die Daten beziehen sich auf das Geschäftsjahr 2011/12.

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	2011
Orthopädie/Sportmedizin	1912	193	2430	3770	1255	2528	1835	4	2018	1717	629	1081	2203	1045	22620
Gynäkologie/Geburtshilfe	1527	1	19	2316	863		5	1176	1295	19	53	1414	2538	1197	12423
Chirurgie/Viszeralchirurgie	1084	1603	202	848	823	25	37	514	774	56	247	427	2600	1248	10488
Kardiologie	630	1827						360	954				1804	1963	7538
Innere Medizin	1043	673	413	1298	129		158	275	849			11	1150	95	6094
Urologie	479	596	81	246	118		214	335	541		50	418	834	267	4179
Neurochirurgie	274	171	34	944	203	47		220	1143	50	81	443	462	189	4058
Onkologie/Hämатologie	386	315		18	112		26	31	240			21	288	163	1600
Oto-Rhino-Laryngologie (ORL)	308	7	143		57	12	105	7	299	257		124	482	58	1859
Handchirurgie	302		106			346	68	26		141		29	57	152	1227
Herz- und thorakale Gefässchirurgie	141	449						74					666	244	1574
Angiologie/Gefässchirurgie	114				26			19	464				307	386	1290
Gastroenterologie	29	115		68	61			14	348			25	382	92	1134
Pneumologie	32	10		282				11	299					8	642
Ophthalmologie	3		25		5		37		47		70		268	303	758
Plastische Chirurgie	119		61	38	25	49	28	51	181	50	14	224	139	26	1005
Anästhesiologie/Schmerztherapie						13	11	49	10			2	14		99
Kiefer- und Gesichtschirurgie	177	47	56				59	3	10	29			4	102	487
Rheumatologie/Physikalische Medizin und Rehabilitation	4			80					72	7			124	11	298
Thoraxchirurgie		81						74					199	12	366
Neurologie	22							2	68				283	22	397
Übrige Fachgebiete	13				79				66		9	7	26	10	210
Nephrologie	13	16		31				2	13					64	139
Radiologie/Neuroradiologie	4	23										1	47		75
Radio-Onkologie/Strahlentherapie	28														28
Total	8644	6127	3570	9939	3527	3020	2583	3247	9691	2326	1153	4227	14877	7657	80588

¹ Stationäre Austritte im Geschäftsjahr 2011/12 ohne Neugeborene

SCHWEIZWEITE EINFÜHRUNG VON FALLPAUSCHALEN (SwissDRG)

Neue Spitalfinanzierung

Ein zentrales Element der neuen Spitalfinanzierung, die am 1. Januar 2012 schweizweit in Kraft trat, ist eine neue Form der Abgeltung von stationären Leistungen innerhalb der obligatorischen Grundversicherung (KVG), nämlich der Wechsel vom Prinzip der Kostenerstattung zu einem Preissystem. Bislang konnten die Spitäler jeden Eingriff und jeden Aufenthaltstag einzeln verrechnen. Neu werden sie pro Behandlungsfall pauschal vergütet – unabhängig davon, wie lange der Spitalaufenthalt eines Patienten tatsächlich dauert.

In der Schweiz kamen bereits in der Vergangenheit Fallpauschalensysteme zum Einsatz, allerdings nur in einzelnen Kantonen und ohne den nun erreichten Grad an Leistungs-differenzierung. Das Hauptmerkmal eines Fallpauschalensystems besteht darin, dass neben der Pauschale in der Regel keine zusätzlichen Leistungen in Rechnung gestellt werden können. Das heisst, mit einer Fallpauschale sind neben den pflegerischen Leistungen, der Klinikinfrastruktur, der Diagnostik sowie dem verwendeten Verbrauchs- und Implantationsmaterial auch alle Leistungen der Ärzteschaft abgegolten. Mit der Umstellung auf Fallpauschalen sind zwei Ziele verbunden: Erstens soll das gesamtschweizerisch einheitliche System den Qualitäts- und Preiswettbewerb zwischen den Spitälern fördern, indem es Vergleichbarkeit und Transparenz herstellt; zweitens soll SwissDRG eine leistungsgerechte Abgeltung der unterschiedlichen Fälle ermöglichen.

Diagnosis Related Groups (DRG)

Fallpauschalen beruhen auf sogenannten Diagnosis Related Groups (DRG). DRG-Systeme teilen die stationären Patientenbehandlungen in akutsomatischen Spitälern in medizinisch und wirtschaftlich homogene, d. h. aufwandsgleiche Fallgruppen ein. Das wichtigste Kriterium für die Zuteilung eines Patienten zu einer DRG ist die Hauptdiagnose bei seinem Spitalaustritt. Weitere Kriterien sind die Nebendiagnosen und Prozeduren, der Schweregrad, die Aufenthaltsdauer sowie das Alter und Geschlecht des Patienten. Bei Neugeborenen kommt noch das Geburtsgewicht dazu. Die Zuordnung einer Hospitalisation zu einer bestimmten DRG erfolgt anhand einer Gruppierungssoftware (Grouper). Zu diesem Zweck müssen alle Diagnosen und Prozeduren mit entsprechenden Codes erfasst werden. Diese Codierung erfolgt nach festgesetzten Regeln durch spezialisiertes Personal (Codierer).

Das DRG-System, das in der Schweiz zur Anwendung gelangt, heisst SwissDRG. Es stellt eine Adaptation des deutschen DRG-Tarifmodells an die schweizerischen Verhältnisse dar und wird vor dem Hintergrund des medizinisch-technischen

Fortschritts laufend weiterentwickelt. Dadurch ist sichergestellt, dass SwissDRG stets die aktuelle Versorgungsrealität abbildet. Hinter SwissDRG steht die Organisation SwissDRG AG, die von den Krankenversicherern, Kantonen und Spitälern gemeinsam getragen wird.

«SwissDRG@Hirslanden»

Wie alle Spitäler der Schweiz bereitete sich auch die Privatklinikgruppe Hirslanden im Berichtsjahr intensiv auf die Einführung von SwissDRG als neues Abgeltungssystem für stationäre Leistungen innerhalb des KVG vor. Für Hirslanden bedeutet dies einen Wechsel von der Nutzung der DRG als Controlling- und Führungsinstrument zu einer stark operativ orientierten Vorgehensweise. Neben zahlreichen Vorbereitungsarbeiten in den einzelnen Kliniken ist auf Gruppenebene die Taskforce «SwissDRG@Hirslanden» mit der Koordination der Umstellungen und Prozessänderungen beauftragt worden. Für die Codierung hat Hirslanden in allen Kliniken entsprechende Strukturen aufgebaut, wobei die Codierer eine standortübergreifende Gruppe bilden. Sie hat in Anlehnung an die Richtlinien des Bundesamtes für Statistik (BFS) Standards für die Fallcodierung ausgearbeitet, sodass eine einheitliche Vorgehensweise sichergestellt ist. Dadurch wird in Zukunft ein Vergleich der 14 Kliniken hinsichtlich Kosten und Qualität möglich. Die Zuverlässigkeit der Codierung wird jährlich durch eine freiwillige externe Revision validiert.

MDC

Eine erste Ebene zur Beschreibung der verschiedenen Behandlungsgruppen in DRG-Systemen stellen die Hauptdiagnosekategorien dar (Major Diagnostic Categories – MDC). Sie gliedern die DRG üblicherweise nach Organsystemen oder Krankheitsentitäten. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die häufigsten MDC in den Kliniken von Hirslanden. Dabei zeigt sich nochmals eindrucksvoll der hohe Anteil von Fällen innerhalb der Orthopädie (MDC 8), der Geburtshilfe (MDC 14 und 15) und der Kreislaufmedizin (MDC 5). Grundlage der Auswertungen für das Jahr 2011 bildet das bis zum 31. Dezember 2011 in der Schweiz geltende APDRG-System. Die in DRG-Systemen üblichen Versionswechsel des Katalogs finden jeweils zum Ende eines Kalenderjahres statt. Aus diesem Grund beziehen sich die folgenden Auswertungen auf das Kalenderjahr 2011.

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

MDC	Bezeichnung	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2011
8	Krankheiten und Störungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes	2 599	429	2 423	4 508	1 580	2 659	1 851	262	2 952	1 806	649	1 629	3 373	1 758	28 478
5	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	1 273	2 342	79	589		78	41	607	1 484	90	57	83	3 038	2 580	12 341
6	Krankheiten und Störungen des Verdauungstraktes	692	1 123	145	559	321	4	15	368	1 006	15	166	287	1 627	573	6 901
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	851		1	1 122	581			570	777		2	997	1 235	703	6 839
15	Neugeborene	785			1 058	531			489	745			855	1 060	609	6 132
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	505	24	10	856	213		10	379	331	12	30	290	743	405	3 808
9	Krankheiten und Störungen der Haut, des Unterhautgewebes und der Mammae	295	46	71	340	136	44	55	156	414	34	28	407	611	222	2 859
11	Krankheiten und Störungen der Niere und der Harnwege	288	263	56	215	70		228	191	308	2	27	152	606	169	2 575
3	Krankheiten und Störungen von Ohr, Nase, Mund und Hals	457	67	205	39	76	16	166	20	358	297		129	488	169	2 487
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	287	38	30	300	54	72	40	83	339	47	12	31	652	210	2 195

DIAGNOSEN UND OPERATIONEN

ICD und CHOP

Wie bereits erwähnt, ist zur Ermittlung einer DRG eine Codierung der Diagnosen und Prozeduren durchzuführen. Die Codierung der Diagnosen und Nebendiagnosen erfolgt anhand des ICD-Katalogs (International Classification of Diseases), jene der Operationen und Behandlungen stützt sich auf den CHOP-Katalog (Schweizerische Operationsklassifikation). Die nachfolgende Übersicht zeigt die Verteilung der Hauptdiagnosen in den Kliniken von Hirslanden. Wieder liegen die Diagnosen, die eine Geburt oder das Neugeborene beschreiben, auf den vordersten Plätzen. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Analyse der CHOP-Codes. Im Gegensatz zur Diagnosencodierung wird ihre Auswertung anhand aller dokumentierten Prozeduren vorgenommen. Davon ausgenommen sind Prozeduren, die nicht im

Operationssaal vorgenommen werden bzw. keine Intervention darstellen. Die meisten Operationen und Interventionen finden sich in den Fachgebieten Orthopädie und Kardiologie. Die hohe Differenzierung der Katalogwerke und die entsprechende Zuordnung der Behandlungsfälle erschweren bereits an dieser Stelle Rückschlüsse auf übergeordnete Summenbildungen. Zum Beispiel lässt sich leicht erkennen, dass die Anzahl Fälle mit der Hauptdiagnose Z38.0 nicht mit der Anzahl Neugeborener, wie oben gezeigt, übereinstimmt, da ein Neugeborenes durch eine Reihe weiterer Diagnosen beschrieben werden kann. Zur Erhöhung der Übersichtlichkeit wurde an einigen Stellen statt eines fünfstelligen Codes die Konsolidierung auf drei Stellen gewählt. Die Analyse der Daten ergibt, dass eine absolut vergleichbare Codierung noch nicht an allen Standorten erreicht werden konnte.

ICD	Bezeichnung	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2011
Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	634			486	506			387	598			748	816	490	4 665
S83*	Verletzung des Kniegelenks	128		592	215	261	214	217		104	215	33	61	414	194	2 495
I25*	Atherosklerotische Herzkrankheit	161	527						126	305				744	556	2 419
M23	Meniskusschaden	219	28	326	320	179	322	69		100	167	32	177	345	126	2 231
M17	Gonarthrose	145	46	180	358	136	167	143		101	148	105	75	232	85	1 798
M16	Koxarthrose	147	43	89	310	120	134	123	0	144	119	93	56	175	124	1 571
M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	115	52	25	355	45	33	12	107	438	15	8	96	85	41	1 427
K40	Hernia inguinalis	143	144	59	121	100	2		92	165	6	74	122	322	169	1 419
M75	Schulterläsion	121	36	121	173	99	65	38	0	102	169	55	124	126	108	1 337
O80	Spontangeburt eines Einlings	147			151				74	101			202	177	119	1 199

CHOP	Bezeichnung	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2011
88.5	Angiokardiographie mit Kontrastmittel	576	1 961						111	409			0	1 845	1 921	6 823
37.2	Diagnostische Verfahren am Herz und Perikard	367	1 541						184	454				1 403	1 835	5 784
80.6	Menishektomie am Knie	532	34	819	620	435	560	381		244	406	67	274	670	303	4 724
88.4	Arteriographie mit Kontrastmittel	447	282							153			0	1 890	936	3 708
89.13.2	Intensivmedizinische Komplexbehandlung	344	632						58	514				1 114	527	3 189
3.09	Exploration und Dekompression am Spinalkanal	127	39	18	497	123	109	11	98	929	104	110	364	569	108	3 071
74.1	Tiefe zervikale Sectio caesarea	381			370	160			235	296			417	594	298	2 204
81.5	Totalendoprothese des Hüftgelenks	333	44	96	374	114	155	136		215	125	105	66	196	133	2 000
36.0	Einsetzen von Herzkranzarterien-Stent(s) mit Medikamenten-Freisetzung	38	402						87	155				674	398	1 754
80.26	Arthroskopie des Knies	395		102	71	411	245	36			131	31	162	284	77	1 460

DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG)

Häufigkeit der APDRG in den Kliniken von Hirslanden

Typischerweise werden in der Häufigkeit zunächst jene Fälle angetroffen, die relativ homogen in grosser Zahl auftreten. In der Regel sind dies die Geburten, was auch für Hirslanden zutrifft. Dicht gefolgt werden die Geburten von den Eingriffen am Kniegelenk, meist Kniegelenksspiegelungen. Schon auf dem dritten Platz folgt die DRG für den Gelenkersatz. Die vierthäufigste DRG innerhalb von Hirslanden sind die Herzkatheteruntersuchungen und -therapien innerhalb der DRG 112, wobei es noch weitere DRG gibt, die diesen Bereich abdecken. An einigen Stellen wurde zur Erhöhung der Übersichtlichkeit und zur Vervollständigung des Bildes eine Gruppierung vorgenommen.

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

APDRG 2011	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP
Diagnosen pro Fall	4.0	3.5	2.2	2.8	2.9	4.0	2.3	3.1	4.0	2.9	2.4	1.9	3.5	3.1
Prozeduren pro Fall	3.3	3.6	2.1	2.6	3.5	3.2	2.3	2.5	2.4	2.7	3.5	2.0	2.9	2.3

DRG	Bezeichnung	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2011
629	Neugeborenes, Geburtsgewicht >2499 g, ohne bedeutenden Eingriff, mit normaler Neugeborenen-Diagnose	742			934	506			435	678			802	974	560	5311
918, 1222	Knieoperationen	510	29	794	569	310	326	85		260	434	71	306	759	321	4774
112	Perkutane kardiovaskuläre Eingriffe ohne akuten Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz (-versagen) oder Schock	168	546						132	192				782	829	2834
209	Eingriffe an grossen Gelenken und Wiederannähen abgetrennter Gliedmassen an den unteren Extremitäten, ausgenommen bei Komplikationen	265	91	238	655	210	152	236		332	154	125	151	273	190	2765
373	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnosen	340			551	212			198	354			382	322	269	2553
371	Kaiserschnitt, ohne KK	334			320	241			212	269			389	480	256	2501
1231	Lokale Exzision und Entfernung von internen Fixationsimplantaten, ausgenommen Hüfte und Femur, mit Mehrfacheingriffen	174	12	290	317	120	538	80		90	238	56	66	273	104	2244
125	Kreislaufstörungen, ausgenommen akuter Myokardinfarkt, mit Herzkatheter ohne komplexe Diagnostik	218	694						85	285				543	404	2106
359	Eingriffe an Uterus und Adnexen wegen Ca in situ und nicht malignen Neoplasien, ohne KK	262	5	3	463	108		6	206	171	2	20	141	301	193	1827

Casemixindex¹

In DRG-Systemen wird jeder DRG und damit jedem stationären Behandlungsfall ein Kostengewicht zugewiesen. Auf diese Weise lassen sich die einzelnen DRG hinsichtlich ihres Ressourcenbedarfs miteinander vergleichen. Wenn man die Kostengewichte aller stationären Fälle eines Jahres addiert und die Summe durch die Gesamtzahl der Fälle dividiert, erhält man den sogenannten Casemixindex einer Klinik. Er gibt als Kumulativparameter in erster Näherung Auskunft über den Schweregrad der in einer Klinik behandelten Fälle. Dabei wird jedoch nur nach dem wirtschaftlichen Aufwand unterschieden, sodass etwa teure Implantate ein ähnlich

hohes Gewicht erhalten wie aufwendige Behandlungen eines Patienten auf der Intensivstation. Daneben macht die unten stehende Tabelle auf einer übergeordneten Ebene auch Aussagen zur Codierqualität. Diese hat sich im Vergleich zu den Vorjahresdaten verbessert. Das bedeutet, dass die Dokumentation der Codes ein möglichst genaues Abbild der Behandlungswirklichkeit darstellt und damit detaillierte, aussagekräftige Vergleiche zwischen den Kliniken erlaubt.

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

APDRG	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP
CMI	0.974	1.327	0.702	0.857	0.761	1.008	0.800	0.971	0.957	0.900	0.945	0.787	1.061	1.034

¹ Stationäre Austritte Kalenderjahr 2011 inklusive Neugeborene

SWISSDRG

Codierungsschema bei SwissDRG

Jede der rund 1000 DRG wird im SwissDRG-Katalog durch einen vierstelligen Code und eine Textbezeichnung beschrieben. Das erste Zeichen bezieht sich auf die oben dargestellten 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).

SwissDRG-Beispiel «I32E»

Code	Bedeutung	Textbezeichnung
I32E	SwissDRG-Code	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mässig komplexe Eingriffe
I	Hauptkategorie I (MDC)	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
32	Chirurgische Basis-SwissDRG «I32»	Eingriffe an Handgelenk und Hand
E	Schweregradkategorie «E»	Ohne komplexe oder mässig komplexe Eingriffe

Die häufigsten SwissDRG

DRG	Gesamt	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2011
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	665	39	1 255	891	437	790	658	1	341	516	91	367	982	461	6 887
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahme-gewicht >2 499 g	703			827	495			422	691			761	864	551	5 314
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	342			525	211			202	350			384	354	268	2 636
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik ausser bei akutem Myokardinfarkt, ein Belegungstag	252	773						99	65				553	485	2 227
O01F	Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose	294			275	228			170	222			338	446	242	2 215
I53Z	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äusserst schwere CC	176	76	31	438	117	44	7	160	534	87	52	180	276	61	2 152
I47Z	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose	203	46	100	376	121	129	143		218	124	104	74	208	135	1 857
I43B	Implantation oder vollständiger Wechsel einer Endoprothese am Kniegelenk	121	42	169	431	107	209	124		157	161	119	83	180	73	1 815
I20E	Eingriffe am Fuss, ohne komplexen Eingriff	142	19	52	406	92	114	175	2	218	81	73	94	146	103	1 636
I29Z	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk	173		102	220	119	163	94		92	157	48	112	131	162	1 416

Texteinträge teilweise gekürzt.

Leistungsabgeltung anhand von Fallpauschalen (SwissDRG)

Der Betrag, den ein Spital für einen Behandlungsfall in Rechnung stellen kann, wird dadurch berechnet, dass das Kostengewicht der entsprechenden SwissDRG mit der Baserate multipliziert wird.

Diese bezeichnet das Entgelt für einen (fiktiven) Behandlungsfall, dessen Kostengewicht 1.0 beträgt. Sie wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) ausgehandelt und muss vom jeweiligen Kanton bewilligt werden. Wenn es zu keiner Einigung kommt, setzt der Kanton eine Baserate fest.

Im Kanton Zürich beispielsweise beträgt die provisorische, von der Regierung festgelegte Baserate für nichtuniversitäre Listenspitäler für das Jahr 2012 9500 Franken. Das bedeutet, dass etwa eine komplikationsfreie Blinddarm-Operation 5918.50 Franken kostet, nämlich 9500 Franken multipliziert mit dem Kostengewicht von 0.623. Eine beidseitige Implantation einer Endoprothese an Hüft- oder Kniegelenk hat dagegen ein Kostengewicht von 3.325, was eine Pauschale von 31 587.50 Franken ergibt. Von diesen Kosten übernimmt der Kanton Zürich 51 Prozent, die Grundversicherung des Patienten 49 Prozent.

INFRASTRUKTUR DER KLINIKEN

	HIRSLANDEN KLINIK AARAU	KLINIK BEAU-SITE, BERN	KLINIK PERMANENCE, BERN	SALEM-SPITAL, BERN	ANDREASKLINIK CHAM ZUG
Betten total (stationär)	145	112	47	169	56
Betten in Einzelzimmern	54	20	15	40	14
Betten in Doppelzimmern	71	80	17	70	26
Betten in Mehrbettzimmern	20	12	15	59	16
Betten in Spezialabteilungen					
Intensivstation	8	12			
Intermediate Care		13	2	16	7
Coronary Care Unit		13			
Aufwachraum	9		7	8	5
Tagesklinik	17	6	8	8	8
Notfallstation	4	1	8	5	4
Operationssäle und Gebärsäle					
Hauptoperationssäle	7	4	3	7	4
Operationssäle Tagesklinik					
Gebärsäle	2			3	3
Medizintechnik					
MRI (Magnetresonanztomograph)	2	1		1	
CT (Computertomograph)	2	1		1	
Herzkatheterlabor	2	2			
inkl. Elektrophysiologielabor	x	x			
Nuklearmedizin					
LINAC (Linearbeschleuniger)	1				
CyberKnife					
Operations-Roboter	1				
Dialyseplätze	6			10	

**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	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Angiologie/Gefässchirurgie	x	x		x	x			x	x			x	x	x
Chirurgie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Gastroenterologie	x	x	x	x	x			x	x			x	x	x
Gynäkologie/Geburtshilfe	x		x	x	x			x	x		x	x	x	x
Handchirurgie	x		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
Herz- und thorakale Gefässchirurgie	x	x						x	x				x	x
Innere Medizin	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Kardiologie	x	x	x	x	x			x	x			x	x	x
Kiefer- und Gesichtschirurgie	x	x	x		x		x	x	x	x			x	x
Kinder- und Jugendmedizin	x			x	x		x		x			x	x	x
Nephrologie	x	x		x				x	x				x	x
Neurochirurgie	x	x	x	x	x	x	x ¹	x	x	x	x	x	x	x
Neurologie	x	x	x	x	x			x	x				x	x
Neuroradiologie	x						x ²		x				x	x
Onkologie/Hämatologie	x	x		x	x		x	x	x			x	x	x
Ophthalmologie	x		x		x		x		x		x		x	x
Orthopädie/Sportmedizin	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
Oto-Rhino-Laryngologie (ORL)	x	x	x		x	x	x		x	x		x	x	x
Plastische Chirurgie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Pneumologie	x	x		x			x	x	x				x	x
Radiologie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Radio-Onkologie/Strahlentherapie	x												x	
Rheumatologie/ Physikalische Medizin und Rehabilitation	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Thoraxchirurgie	x	x		x					x	x			x	x
Urologie	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x	x
Viszeralchirurgie	x	x	x	x	x				x	x		x	x	x

¹Wirbelsäulen-Chirurgie, ²Interventionelle Radiologie

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-Orthopädisch-traumatologische Aufnahmestation
 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-3000 Bern 25
 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

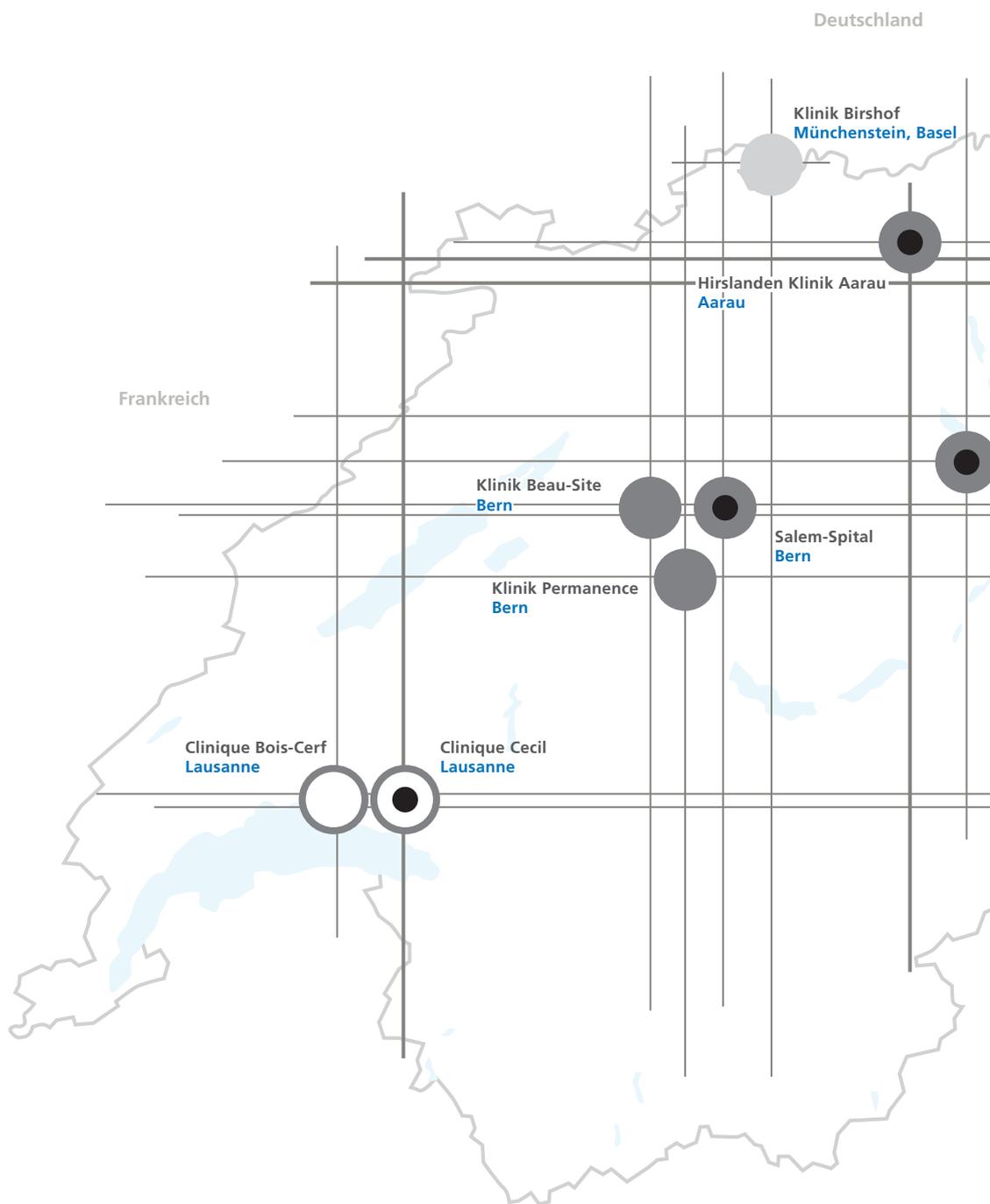
24-h-Notfallzentrum
 (inkl. Herznotfall)
 Schänzlihalde 11
 CH-3000 Bern 25
 T +41 31 335 33 33
 F +41 31 335 37 72
 klinik-beausite@hirslanden.ch

Clinique Bois-Cerf¹

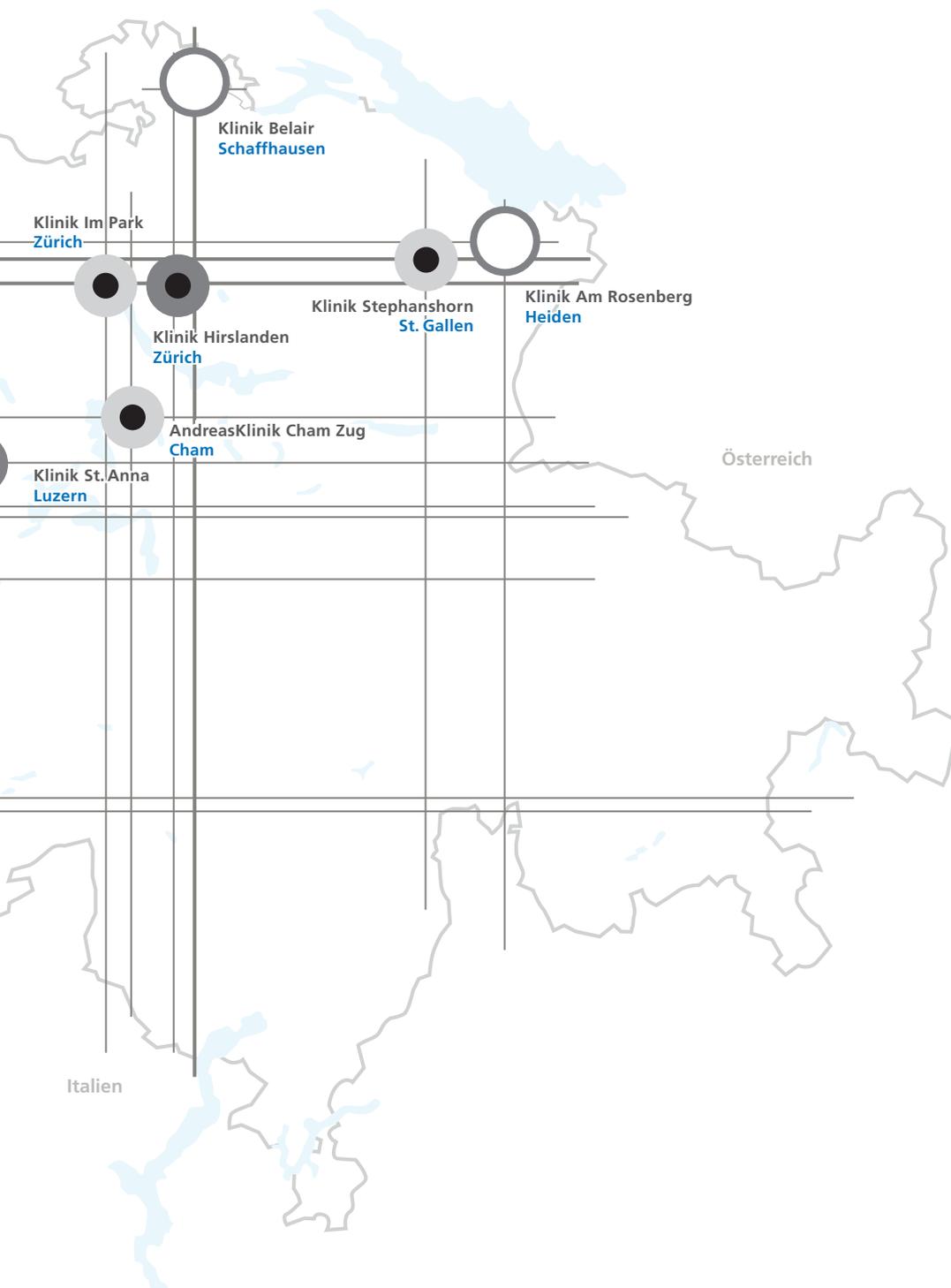
Avenue d'Ouchy 31
 CH-1006 Lausanne
 T +41 21 619 69 69
 F +41 21 619 68 25
 clinique-boiscerf@hirslanden.ch

Clinique Cecil¹

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



- Hirslanden Klinik
- Hirslanden Klinik mit 24-h-Notfallzentrum
- Geburtenabteilung
- Hirslanden Klinik mit 24-h-Notfallaufnahme



Klinik Im Park¹

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 Hirlanden

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

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 Schwerpunkt-klinik verlegt werden. Für dringliche stationäre Aufnahmen stehen in einigen Kliniken zusätzlich Notfallaufnahmen zur Verfügung.

¹ Notfallmässige Spitaleinweisung durch den behandelnden Arzt

«QUALITÄT BEDEUTET, DEN PATIENTEN IN DEN VORDERGRUND ZU STELLEN. PROFESSIONELLE BETREUUNG IST BETREUUNG NACH NEUESTEN STANDARDS.»

ISABEL ZÜRCHER

«QUALITÄT UND PATIENTENSICHERHEIT GEHÖREN INS ZENTRUM POLITISCHER ENTSCHEIDE. SO KÖNNEN AUCH DIE KOSTEN KONTROLLIERT WERDEN. QUALITÄT BEDINGT FAIRE ENTSCHÄDIGUNGEN FÜR ERBRACHTE LEISTUNGEN.»

DR. MED. YVONNE GILLI

«SICHERHEIT IN DER INTENSIVMEDIZIN BEDEUTET, DEN PATIENTEN ALS GANZES ZU BETREUEN UND NICHT NUR EINZELNE ORGANE ZU BEHANDELN. INTENSIVMEDIZIN VEREINT HOHE KOMPETENZ MIT MODERNSTER TECHNIK.»

PROF. DR. MED. RETO STOCKER

«QUALITÄT VERBINDET.»

«ALS ARZT WEISS ICH, WIE WICHTIG VERTRAUEN FÜR DIE GENESUNG IST. DAZU BRAUCHT ES FÜRSORGLICHE PFLEGE, HOCHSTEHENDE MEDIZIN UND INFRASTRUKTUR. IN UNSEREM BELEGARZTSYSTEM BLEIBT DIE ANSPRECHPERSON FÜR DEN PATIENTEN IMMER DIE GLEICHE.»

DR. MED. OLE WIESINGER

«QUALITÄT IST, WENN SICH JEMAND LIEBEVOLL UM ALLE MEINE ANLIEGEN KÜMMERT.»

LILIANE LÜTHI

«PATIENTENSICHERHEIT IST DER KERN DER QUALITÄT. WO MENSCHEN ARBEITEN, KÖNNEN FEHLER PASSIEREN. LERNEN AUS FEHLERN IST QUALITÄT.»

DR. MED. MARC-ANTON HOCHREUTENER

Hirslanden

Seefeldstrasse 214

CH-8008 Zürich

T +41 44 388 85 85

unternehmenskommunikation@hirslanden.ch

www.hirslanden.ch/jahresbericht

Impressum

Herausgeber: Privatlinikgruppe Hirslanden, Unternehmenskommunikation

Konzept: KSB Krieg Schlupp Bürge Werbeagentur AG

Fotografie: Gian Marco Castelberg, Michael Orlik

Realisation: Detail AG

Druck: Kromer, Lenzburg

Dieser Jahresbericht erscheint in deutscher Sprache und in französischer Übersetzung.

Der Jahresbericht der Privatlinikgruppe Hirslanden 2011/12 umfasst das Geschäftsjahr vom 1.4.2011 bis 31.3.2012.

In allen Beiträgen sind sinngemäss immer Personen beiderlei Geschlechts gemeint.



ISABEL ZÜRCHER
*Pflegefachfrau,
Klinik Beau-Site, Bern*



DR. MED. YVONNE GILLI
*Nationalrätin Grüne SG,
Praxis für Allgemeine
Innere Medizin, Wil SG*



PROF. DR. MED. RETO STOCKER
*Institutsleiter Institut
für Anästhesiologie
und Intensivmedizin,
Klinik Hirslanden, Zürich*

«QUALITÄT VERBINDET.»



DR. MED. OLE WIESINGER
*CEO
Privatklinikgruppe
Hirslanden*



LILIANE LÜTHI
*Patientin
Klinik Hirslanden, Zürich*



DR. MED. MARC-ANTON
HOCHREUTENER
*Geschäftsführer Stiftung
für Patientensicherheit*