



Qualitätsbericht 2024

Spitalzentrum
Centre hospitalier
Biel-Bienne



Inhaltsverzeichnis

Qualität im Spitalzentrum Biel

Einführung	3
H+ Qualitätsvertrag: Ein neuer Weg für die Qualität	5
→ Geschichte und Grundlagen des Qualitätsvertrags H+	5
→ Die Handlungsfelder des Vertrags	5
→ Umsetzung der Anforderungen für Schweizer Spitäler	6
Qualitätskultur	6
→ Meldesystem für kritische Vorfälle (CIRS)	6
Ist CIRS eine Meldung oder ein Meldesystem?	7
→ Initiative Qualitätsmedizin (IQM)	8
Beschreibung	8
Ergebnisse der Indikatoren	8
→ Ungeplante Wiederaufnahmen	8
Patientensicherheit	9
→ Klinisches Prozess- und Risikomanagement	9
→ Das Vigilanzsystem von Swissmedic	9
→ Sturz und Dekubitus	9
Patientenzentriertheit	10
→ Espace Dialog & Mediation (EDM)	10
Handlungsfelder des EDM	10
Neue Software im Dienste der Qualitätsentwicklung des Spitalzentrums Biel (SZB)	11
Herausforderungen	12
Ablauf eines typischen Austauschs	12
Anfrage- und Beschwerdetypen	12
Mangelnde Rücksichtnahme und mangelhafte Kommunikation: ein wiederkehrendes Thema	12
Schlussfolgerung	14
→ Einführung von Fragebögen zur Sammlung von Patient Reported Experience Measures (PREMs)	14
→ Einführung von Patient Reported Outcome Measures (PROMs)	14
→ Auszeichnung «Selbsthilfefreundliches Spital»	15
Zertifizierungen und Akkreditierungen	16
Dokumentenverwaltung oder Document Management System (DMS)	16

Qualitätsverbesserung: ein tägliches Anliegen unserer Mitarbeitenden		
	Farben für mehr Sicherheit bei der Verabreichung von Medikamenten (Intensivmedizin)	17
	→ Hintergrund	17
	→ Verbesserungsmaßnahme	17
	Medizinisch-pflegerische Visite: Ein Konzept zur interdisziplinären Zusammenarbeit (Medizinische Klinik)	18
	→ Hintergrund	18
	→ Verbesserungsmaßnahme	18
	Ein Massnahmenpaket für das Gefässzentrum	18
	→ Vaskuläre Malformationen	18
	→ Interdisziplinäre Fussprechstunde	19
	→ Einsatz für unterdiagnostizierte Krankheiten	19
	Interprofessionelle Zieldiskussion für Langzeitpatientinnen und -patienten in der Intensivmedizin (ZILI)	20
Referenzen		21
Anhänge: Ergebnisse der nationalen Massnahmen (Indikatoren)		
	Swissnoso: Infektionen der Operationsstelle (Erhebungszeitraum: Oktober 2023 – September 2024)	22
	ANQ: Sturz und Dekubitus	23
	ANQ: Ungeplante Wiedereintritte (2022)	23

Qualität im Spitalzentrum Biel

Einführung

Die Qualitätsentwicklung bleibt eine wesentliche Priorität für das Spitalzentrum Biel (SZB). Im Jahr 2024 erhält dieser Ansatz eine neue Dimension mit der Umsetzung des H+ Qualitätsvertrages, welcher die gesetzlichen Anforderungen (Art. 58a KVG) an Transparenz, Sicherheit und kontinuierlicher Verbesserung für die Spitäler in der Schweiz verankert und formalisiert. Dieser Vertrag hat den Vorteil, dass die Qualitätsansätze harmonisiert, die Bewertungen strukturiert und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den Einrichtungen verbessert werden. Der Vertrag fördert auch eine Dynamik des Austauschs und der Zusammenarbeit zwischen den Spitälern, indem er die besten Standards und Richtlinien formalisiert und den Erfahrungsaustausch erleichtert. Die Herausforderung für die Spitäler besteht nun darin, diese gesetzlichen Entwicklungen auf pragmatische Weise zu integrieren und dabei sicherzustellen, dass die Kohärenz mit ihrer Strategie gewährleistet ist.

Ziel dieses Berichts ist es, die erzielten Ergebnisse und die strategischen Anpassungen, die als Reaktion auf diese neue Dynamik vorgenommen wurden, transparent darzustellen. Er zeigt auf, wie das SZB den H+ Qualitätsvertrag in sein Qualitätsmanagementsystem (QMS) integriert und wie diese Entwicklung dazu beiträgt, unsere Kultur der kontinuierlichen Verbesserung zu stärken. Der Vertrag gibt uns einen strukturierteren Rahmen vor, bietet aber auch die Möglichkeit, unsere Prozesse und Standards zu überdenken und langfristig eine noch sicherere und effizientere Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

H+ Qualitätsvertrag: Ein neuer Weg für die Qualität

Geschichte und Grundlagen des H+ Qualitätsvertrags

Die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), die am 1. April 2021 in Kraft trat, hat zum Ziel, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsleistungen in der Schweiz zu stärken. Bei dieser Änderung wurde Artikel 58a eingeführt. Dieser verpflichtet die Verbände der Leistungserbringer und die Versicherer zum Abschluss von Qualitätsverträgen, die für die gesamte Schweiz gelten. Ziel dieser Vereinbarungen ist es, einheitliche und verbindliche Regeln für die Qualitätsentwicklung im Gesundheitssystem festzulegen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, hat H+ Die Spitäler der Schweiz in Zusammenarbeit mit den Verbänden Santésuisse und Curafutura einen ersten Qualitätsvertrag ausgearbeitet. Der Bundesrat hat diesen am 22. Mai 2024 genehmigt und damit einen wichtigen Meilenstein für die kontinuierliche Verbesserung der Spitalversorgung in der Schweiz gesetzt.

Die Handlungsfelder des Vertrags

Die fünf Handlungsfelder aus der Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie) des Bundes wurden in den H+ Qualitätsvertrag übernommen:

Governance: Das Ziel ist es, die Spitalprozesse zu strukturieren und zu standardisieren, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Die Spitäler müssen ihre Qualitätssicherungsmassnahmen formalisieren, Indikatoren für die Überwachung festlegen und regelmässige Selbstbewertungen durchführen. Im Rahmen von Audits sollen Abweichungen festgestellt und Korrekturmassnahmen eingeleitet werden. Dieser Ansatz soll eine kontinuierliche Verbesserung und eine grössere Transparenz der Ergebnisse gewährleisten.

Qualitätskultur: Eine echte Qualitätskultur beruht auf dem Engagement aller Mitarbeitenden der Gesundheitsberufe auf allen Ebenen. Die Spitäler organisieren Weiterbildungen, ermöglichen eine offene Feedbackkultur und fördern einen partizipativen Ansatz bei der Verbesserung der Leistungen. Die Meldung und Analyse von unerwünschten Ereignissen muss in eine Lerndynamik eingebettet sein, nicht in eine Sanktionsdynamik.

Patientensicherheit: In diesem Handlungsfeld geht es darum, die mit der Behandlung verbundenen Risiken zu reduzieren und eine sichere Umgebung für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Die Spitäler müssen insbesondere Prozesse zur Analyse von unerwünschten und nichtkonformen Ereignissen einführen. Durch die systematische Analyse von kritischen Zwischenfällen und die Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen sollen unerwünschte Ereignisse verringert werden.

Evidenzbasierte Entscheidungsfindung: In diesem Handlungsfeld wird von den Spitalern erwartet, dass sie Massnahmen zur Qualitätsverbesserung unter Berücksichtigung von wissenschaftlichen Empfehlungen und Benchmarking-Indikatoren umsetzen.

Patientenzentriertheit: Die Verbesserung der Qualität erfordert auch, dass die Erwartungen und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten besser berücksichtigt werden. Um Verbesserungen zu erzielen, sind die Spitäler aufgefordert, verschiedene Methoden zu entwickeln, um die Patientenerfahrungen zu erfassen und in die medizinische und pflegerische Entscheidungsfindung einfließen zu lassen. Dazu gehören Umfragen zu Erfahrungen und die Einführung eines Feedbacksystems. Dieser Ansatz hat zum Ziel, eine Versorgung zu gewährleisten, die bestmöglich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert ist.

Umsetzung der Anforderungen für Schweizer Spitäler

Der Vertrag verpflichtet die Schweizer Spitäler zur Einleitung von Massnahmen in den verschiedenen oben genannten Handlungsfeldern. Für die Umsetzung gilt ein gestaffelter Zeitplan:

Ab 2024: Die Spitäler müssen ein Qualitätsmanagementsystem einrichten, das den im Qualitätsvertrag festgelegten Kriterien entspricht. Ein Qualitätskonzept, das die verschiedenen Handlungsfelder beschreibt, muss standardisiert werden. Ein Critical Incidents Reporting System (CIRS) für die Meldung kritischer Vorfälle ist obligatorisch.

2025: Die Spitäler müssen mindestens drei Qualitätsverbesserungsmassnahmen im Bereich «Patientensicherheit» umsetzen.

2026: Umsetzung der Anforderungen an die Handlungsfelder «Evidenzbasierte Entscheidungsfindung» und «Patientenzentriertheit». In jedem dieser beiden Handlungsfelder muss eine Massnahme zur Qualitätsverbesserung umgesetzt werden.

Während der zweijährigen Einführungsphase (von Mai 2024 bis Mai 2026) werden bei Nichteinhaltung keine Sanktionen verhängt, sodass sich die Gesundheitsinstitutionen schrittweise an die neuen Anforderungen anpassen können.

Um die Übereinstimmung mit den fünf Handlungsfeldern zu gewährleisten, wurde die Struktur gegenüber dem Bericht 2023 angepasst.

Qualitätskultur

Die Qualitätskultur steht für das kollektive Engagement für kontinuierliche Verbesserung, Patientensicherheit und interprofessionelle Zusammenarbeit. Diese Kultur beruht auf Transparenz und organisatorischem Lernen, insbesondere durch die Einführung strukturierter Massnahmen wie CIRS, Peer Reviews oder Qualitätszirkel. Sie entwickelt sich auch, indem sie sich auf Vergleiche zwischen Institutionen stützt, um die Handlungsweisen zu vergleichen und Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren.

Meldesystem für kritische Vorfälle (CIRS)

Ein CIRS-Meldesystem ist ein wichtiges Instrument zur Meldung von Fehlern, Zwischenfällen und kritischen Ereignissen. Aktuell gelten diese Systeme als freiwillige Massnahme zur Verbesserung der Patientensicherheit. Im Rahmen des H+ Qualitätsvertrages wird es zu einer obligatorischen Massnahme zur Qualitätsverbesserung auf nationaler Ebene.

Ist CIRS eine Meldung oder ein Meldesystem?

CIRS ist beides: System und Prozess. In der Umgangssprache wird der Begriff «ein CIRS» oft mit der Meldung eines kritischen Zwischenfalls gleichgesetzt. Im SZB entscheiden viele Teams gemeinsam, ob ein kritischer Vorfall gemeldet werden soll und wer die Meldung übernimmt. Bei etwa einem Drittel der Meldungen geben die meldenden Personen freiwillig ihren Namen an. Dies kann die weitere Bearbeitung erleichtern und es den CIRS-Analysegruppen ermöglichen, das betreffende Ereignis schneller einzuordnen. An dieser Stelle danken wir allen meldenden Personen, ob anonym oder nicht, für ihre Beiträge.

Der Begriff CIRS bezieht sich sowohl auf das vollständige Melde- als auch auf das Lernsystem. Der Betrieb eines solchen freiwilligen Meldesystems, das in vielen Hochrisikosektoren üblich ist, beruht auf einem systemischen Ansatz. Dieser geht davon aus, dass menschliches Versagen unbeabsichtigt ist und dass in einem so komplexen System wie in einem Spital Fehler und unerwünschte Ereignisse vorkommen können. Fehler werden daher als Verkettung von Ursachen und sogenannten beitragenden Faktoren verstanden und nicht als individuelles Verschulden der Person am Ende der Fehlerkette. Häufige mitwirkende Faktoren sind z.B. Ablenkungen, hoher Stress, unzureichende Kommunikation, unklare Abläufe etc.

Deshalb ist es nach einer Meldung das Ziel, die tieferen systemischen Ursachen zu verstehen, um ähnliche Zustände, Risiken und Gefahren in Zukunft zu vermeiden. Im Herbst 2024 fand ein Kurs zur Fallanalyse im Rahmen des Fehler- und Risikomanagements statt. Dieser Kurs in deutscher und französischer Sprache wurde am SZB von Expertinnen und Experten der Stiftung für Patientensicherheit und des Universitätsspitals Genf geleitet. Rund 20 erfahrene Mitarbeitende aus den Bereichen Pflege, ärztlichen Dienst und Pharmazie nahmen an dem zweitägigen Kurs teil.

Darüber hinaus sammelten wir im letzten Jahr viele Erfahrungen im Rahmen der Neuorganisation der Meldekreise und Analysegruppen. Allerdings standen die für die Fallanalysen erforderlichen Ressourcen nicht immer in ausreichendem Masse zur Verfügung. Dies führte dazu, dass ein Teil der Meldungen nur oberflächlich bearbeitet werden konnte.

Um die Analyseteams zu entlasten, wird ein Triage-System geprüft, das in einem Pilotprojekt erprobt und evaluiert werden soll. Anhand von Erfahrungen aus dem Jahr 2025 soll ermittelt werden, wie der Prozess zur Behandlung unerwünschter Ereignisse verbessert werden kann, damit sich die Analyseleitenden auf die Ereignisse konzentrieren können, die sie als prioritär erachten.

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 356 Meldungen registriert. Bei einem durchschnittlichen Zeitaufwand von 2 bis 5 Minuten pro Meldung entspricht dies insgesamt 1,5 bis 4 Arbeitstagen, die ausschliesslich für die Meldung aufgewendet wurden.

Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

Beschreibung

Das SZB ist aktives Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), ebenso wie über 500 Spitäler in Deutschland und der Schweiz. Diese Initiative beruht auf zwei sich ergänzenden Säulen: der Verwendung von standardisierten Qualitätsindikatoren, die einen Benchmark zwischen den Einrichtungen ermöglichen, sowie der Durchführung von kollegialen Begutachtungen («Peer Reviews») im Rahmen eines freiwilligen Prozesses der kontinuierlichen Verbesserung.

Das SZB beteiligt sich aktiv an beiden Teilen der Initiative. Bisher sind drei Mitarbeitende des SZB als IQM-Peers ausgebildet. Dadurch kann unsere Institution nicht nur von externen Analysen profitieren, sondern auch zur Qualitätsverbesserung in anderen Institutionen beitragen, indem wir unsere Erfahrungen und Kompetenzen weitergeben und aktiv an Peer-Reviews in anderen Institutionen teilnehmen.

Ergebnisse der Indikatoren

Von den über 35 Qualitätsindikatoren gab es nur bei vier eine Abweichung von den erwarteten Werten im Vergleich zu den anderen teilnehmenden Gesundheitsinstitutionen. All diese Indikatoren sind in unserem Management Informationssystem (MIS) vorhanden, so dass die Verantwortlichen der verschiedenen Bereiche auf die Indikatoren ihrer Disziplin zugreifen können. Diese Ergebnisse (vornehmlich das Aufzeigen der Auffälligkeiten in der Analyse) haben den Vorteil, dass sie fast ein Jahr vor der Veröffentlichung der Qualitätsindikatoren des Bundesamts für Gesundheit (BAG) verfügbar sind und somit eine genauere Qualitätssteuerung ermöglichen.

Ungeplante Wiederaufnahmen

Die Nationale Vereinigung für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) wertet die an das Bundesamt für Statistik (BFS) übermittelten Daten aus, um ungeplante Wiederaufnahmen zu identifizieren. Dabei stützt sie sich auf einen ursprünglich von der Yale School of Medicine entwickelten und veröffentlichten Algorithmus, der anschliessend an den Schweizer Kontext angepasst wurde. Seit 2022 ist die Rate der ungeplanten Wiederaufnahmen leicht gesunken – von 7,4 % auf knapp unter 7,1 %. In diesen drei Jahren liegen die Raten im Durchschnitt der anderen Spitäler.

Grafik 1:
Entwicklung von vermeidbaren Rehospitalisationen



Patientensicherheit

Klinisches Prozess- und Risikomanagement

Das Prozessmanagement ist eine der Aufgaben der Qualitätsentwicklung. DER H+ Qualitätsvertrag standardisiert die Anforderungen an das Prozess- und Risikomanagement. Diese Arbeit basiert auf den Empfehlungen von H+. Diese betonen insbesondere, wie wichtig es ist, sich auf den Plan-Do-Control-Act-Zyklus (PDCA) zu stützen, um die kontinuierliche Verbesserung der Massnahmen zu gewährleisten. Zwei weitere zentrale Elemente dieses Managements betreffen die systematische Identifizierung und Bewertung von Risiken sowie die Prozesse zur Behandlung von nichtkonformen und unerwünschten Ereignissen.

Das Vigilanzsystem von Swissmedic

2024 unternahm das SZB eine Aktualisierung seines gesamten Vigilanzsystems (Materialovigilanz, Hämovigilanz, Pharmakovigilanz), dies mit dem Ziel, stets sicherzustellen, dass die Anforderungen von Swissmedic erfüllt werden und die Rückverfolgbarkeit von Ereignissen im Zusammenhang mit therapeutischen Produkten optimiert wird. Diese Vorgehensweise hat es uns ermöglicht, unsere Prozesse anzupassen und zu standardisieren, was erlaubt, eine konsequente Verwaltung der Meldungen von Zwischenfällen zu gewährleisten.

Da ein solches landesweites Meldesystem nur dann wirksam ist, wenn alle Gesundheitsinstitutionen aktiv daran mitwirken, wurde auch eine Schulung für das gesamte Personal des SZB eingeführt. Dadurch wird sichergestellt, dass alle Mitarbeitenden die Verfahren und den gesetzlichen Rahmen rund um das Vigilanzsystem kennen, so wie es gesetzlich vorgeschrieben ist. Gleichzeitig zielt die Schulung darauf ab, das Meldeverhalten in unserem Spital zu fördern, um unerwünschte Ereignisse in allen Bereichen zu identifizieren. Durch diese Anpassungen gewährleistet das SZB nicht nur, dass die gesetzlichen Anforderungen erfüllt werden, sondern auch, dass die Sicherheit der Patientinnen und Patienten erhöht wird. Alle Formulare und Prozesse sind auf der Intranetseite der Qualitätsentwicklung verfügbar.

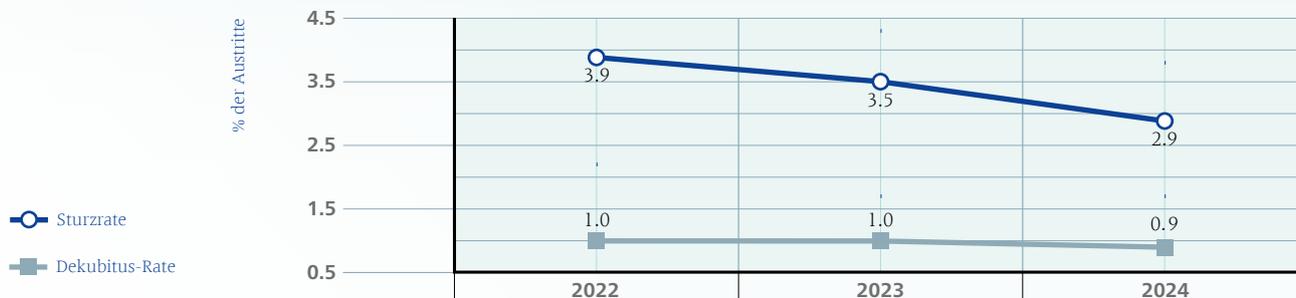
Sturz und Dekubitus

Die Entwicklung der Sturz- und Dekubitusrate seit 2022 ist in den folgenden Grafiken dargestellt. Diese Rate wird im Verhältnis zur Anzahl Spitalentlassungen berechnet.

Das System zur Zählung und Verfolgung von Stürzen und Dekubitus wurde im Laufe des Jahres 2024 komplett überarbeitet und vollständig digitalisiert. Die Daten werden nun automatisch aus den Patientendaten (KIS) extrahiert und täglich aktualisiert. Diese Automatisierung hat zwei Hauptvorteile: Zum einen spart sie wertvolle Personalressourcen für die Erfassung dieser Statistiken. Zum anderen verringert sie das Risiko manueller Fehler erheblich. Allerdings führt diese Änderung bei der Erfassung dieser Ereignisse zu einem methodischen Bruch im Vergleich zu den zuvor veröffentlichten Zahlen, was die beobachteten Abweichungen von anderen Veröffentlichungen erklärt.

Im SZB setzt sich die Fachgruppe «Sturz und Dekubitus» aktiv für die Verbesserung der Pflege ein, indem sie den Schwerpunkt auf die Identifizierung und die optimale Behandlung von gefährdeten Patientinnen und Patienten legt. Ein systematisches und umfassendes Screening des Hautzustands bei der Aufnahme der Patientinnen und Patienten ist mittlerweile eine etablierte Vorgehensweise, die eine optimale Prävention von Dekubitus ermöglicht. Die Beurteilung der Sturzrisiken und die Einführung geeigneter Massnahmen tragen dazu bei, die Zahl der vermeidbaren Stürze zu reduzieren und die Patientensicherheit zu erhöhen.

Grafik 2:
Entwicklung Sturz und Dekubitus



Dank der KIS-Datenbank ist es möglich, Patientinnen und Patienten zu identifizieren, die während ihres Aufenthalts im SZB einen Dekubitus entwickelt haben oder gestürzt sind. Wir können also die Fälle, in denen der Dekubitus bereits vor dem Spitalaufenthalt vorhanden war, von denen trennen, die sich während des Spitalaufenthalts entwickelt haben. Die Grafik 2 veranschaulicht die Rate der Patientinnen und Patienten, die während ihres Aufenthalts einen Dekubitus entwickelt haben. Seit 2022 liegt diese Rate stabil bei etwa 1%.

Die Grafik 2 zeigt auch den Erfolg der Massnahmen zur Sturzprävention seit 2022. Die Massnahmen zur Erkennung und Betreuung von sturzgefährdeten Patientinnen und Patienten haben die Sturzrate in den letzten drei Jahren um 25% gesenkt.

Es ist auch möglich, den Anteil der Stürze zu ermitteln, die zu Verletzungen geführt haben. Dieser Anteil stieg in diesem Zeitraum leicht an, von 21% im Jahr 2022 auf 26% im Jahr 2024.

Patientenzentriertheit

Space Dialog & Mediation

Im Jahr 2024 wurde der «Space Dialog & Mediation» (EDM) ins Leben gerufen, dessen Aufgabe ist es, verschiedenen Konfliktparteien (Patientinnen, Patienten, Angehörigen und Spitalpersonal) die Möglichkeit zu geben, wieder miteinander ins Gespräch zu kommen. Der EDM hat auch das Ziel, alle eingehenden Rückmeldungen zu sammeln und zu klassifizieren, um die Qualität innerhalb des SZB zu verbessern.

Ursprünglich wurde der EDM als Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen konzipiert. Im Laufe der Zeit wurde das Angebot auch für Mitarbeitende mit zwischenmenschlichen Problemen geöffnet. Angegliedert ist er der Abteilung für Qualitätsentwicklung.

Handlungsfelder des EDM

Der Space Dialog & Mediation bietet eine Plattform, wo sich Personen mit Meinungsverschiedenheiten/Konflikten einfinden können, um ihre unterschiedlichen Standpunkte zu besprechen. Der von der Mediation gebotene Rahmen ermöglicht es den verschiedenen Parteien, sich auf respektvolle Weise über die Gründe auszutauschen, die sie in den Konflikt geführt haben, sowie ihre jeweiligen Emotionen und Bedürfnisse darzulegen und Lösungen zu finden, um aus der Krise herauszukommen. In diesem Zusammenhang reicht oft schon ein «Ich habe Sie gehört» oder «Es tut mir leid, was passiert ist», um die Spannungen abzubauen.

«Richtig» und «falsch» gibt es in der Mediation nicht. Mediatorinnen und Mediatoren sind unparteiisch (sie ergreifen nicht Partei), unabhängig (sie haben keine engen Beziehungen zu den am Konflikt beteiligten Personen), neutral (sie haben keine Meinung zum Gegenstand des Konflikts) und unterliegen der Schweigepflicht. Mediatorinnen und Mediatoren sind weder Richtende noch Schiedsrichtende des Konflikts.

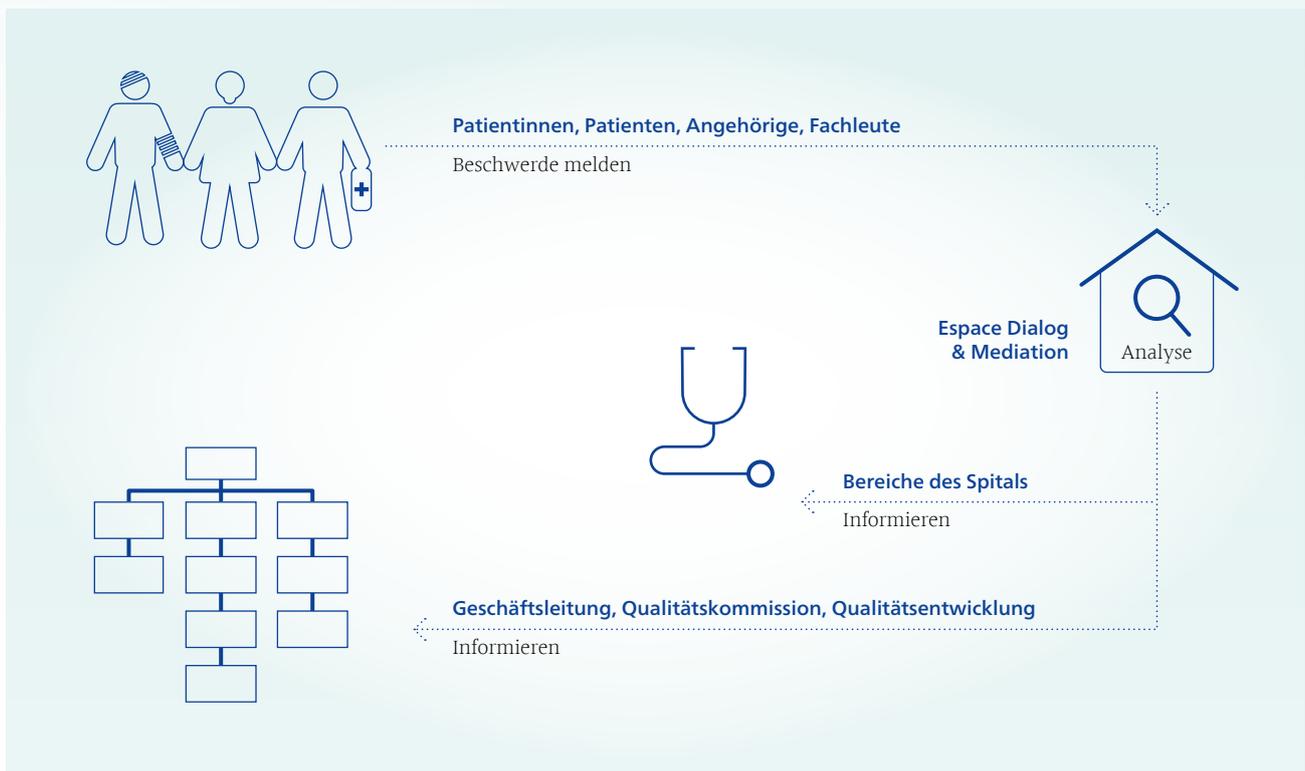
Es ist wichtig zu beachten, dass sich der EDM nicht mit medizinischen Fehlern befasst, die von der Rechtsabteilung des SZB verwaltet werden, und auch nicht mit Fällen von Mobbing (oder sexueller Belästigung), die in den Zuständigkeitsbereich der Human Resources (P&C) fallen.

Neue Software im Dienste der Qualitätsentwicklung des Spitalzentrums Biel (SZB)

Die Mediation trägt zum Abbau der Spannungen innerhalb der Institution bei und ist eine wertvolle Informationsquelle für die Abteilung für Qualitätsentwicklung: «Die Schlichtungsanträge stellen also ebenso wie die Beschwerden einen Qualitätsindikator dar, der in das Management des Dienstes integriert werden kann» (Schaad B., 2020).

Zu diesem Zweck hat das SZB ein von den Mediatorinnen und Mediatoren des CHUV entwickeltes System zur Klassifizierung von Anfragen erworben. Mit dieser Software können alle Anfragen, die beim EDM eingehen, strukturiert und detailliert erfasst werden. Sie ermöglicht auch die Erstellung anonymisierter Statistiken, die regelmässig an die betroffenen Abteilungen weitergeleitet werden.

Abbildung 1:
Entgegennahme und Bearbeitung von Beschwerden im Espace Dialog & Mediation



Herausforderungen

Um in einer Einrichtung wie dem SZB eine neue Dienstleistung zu implementieren und die Mediation bei den verschiedenen Partnern bekannt zu machen, ist viel Informations- und Aufklärungsarbeit erforderlich. Die Mediatorin ist weder die Anwältin noch die Sprecherin des Spitalpersonals, der Patientinnen und Patienten oder ihrer Angehörigen.

Ablauf eines Musteraustauschs

Personen, die den EDM in Anspruch nehmen, haben in der Regel ein hohes Stresslevel. Es ist nicht ungewöhnlich, dass der erste Austausch fast 45 Minuten dauert, da die Betroffenen ein grosses Bedürfnis nach «deponieren» und «Dampf ablassen» haben. Bei diesem ersten Gespräch ist es von entscheidender Bedeutung, dass sich die Patientinnen und Patienten, Angehörigen und/oder das Spitalpersonal in ihrem Leiden gehört fühlen.

Erst in einem zweiten Schritt werden ihre Bedürfnisse geklärt. Die meisten Gesprächspartner haben keine weiteren Bedürfnisse, als mit der Mediatorin zu sprechen: «Ich musste nur mit Ihnen reden können, Ihnen erzählen, was mir passiert ist, damit es anderen Patienten nicht passiert». Einige Patientinnen und Patienten bitten jedoch darum, wieder mit dem Spitalpersonal in Verbindung gebracht zu werden, und eine Minderheit wünscht eine Mediation.

Arten von Anfragen und Beschwerden

85 Anfragen (= Kontaktaufnahme mit dem EDM) wurden zwischen dem 1. April 2024 (Installation der Software) und dem 31. Dezember 2024 gezählt, davon waren zehn intern.

Die Personen, die mit dem EDM Kontakt aufnehmen, haben in der Regel mehrere Beschwerden (= Art der Reklamation), die sie mitteilen möchten. Dabei lassen sich mehrere Tendenzen erkennen:

→ **42 Beschwerden bezogen sich auf eine mangelhafte Kommunikation oder mangelnde Rücksichtnahme des Personals gegenüber den Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen. Dieses Thema wird im nächsten Kapitel behandelt.**

→ **37 Beschwerden betrafen die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit. Davon betrafen 11 Beschwerden den (wahrgenommenen) Mangel an Kompetenzen und/oder (wahrgenommene) Mängel in der Führung des medizinischen und pflegerischen Personals.**

→ **11 Beschwerden betrafen Fragen zu Rechnungen (die im Allgemeinen als zu hoch im Verhältnis zur erhaltenen Behandlung empfunden wurden).**

→ **7 Patienten/Patientinnen & Angehörige (P&A) warfen dem SZB auch zu lange Wartezeiten vor.**

Mangelnde Rücksichtnahme und mangelhafte Kommunikation: ein wiederkehrendes Thema

Fast die Hälfte der P&A, die sich an den EDM wandten, hatten das Gefühl, dass ihre Bedürfnisse nach Rücksichtnahme und/oder Informationen nicht erfüllt worden waren. Die Gründe, die zu diesem Gefühl der Frustration oder sogar Wut führten, waren vielfältig. Es ist anzumerken, dass in anderen Spitälern, die ebenfalls diese systematische Klassifizierung von Beschwerden entwickelt haben, mangelnde Kommunikation und Information auch sehr häufig thematisiert werden.

Die Vorwürfe bezogen sich unter anderem auf:

- **Mangel an Empathie seitens des Pflegepersonals und der Ärztinnen und Ärzte.**
- Die Ärztinnen und Ärzte hätten sich nicht genügend Zeit genommen, um den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten oder ihrer Angehörigen zu besprechen. Die Patientinnen, Patienten und Angehörigen (P&A) beschwerten sich auch darüber, dass einige Ärztinnen und Ärzte nicht mehr zu ihnen zurückgekehrt waren, obwohl ihnen das Gegenteil angekündigt worden sei.
- Die Tatsache, dass einige medizinische Sekretariate nicht erreichbar waren oder dass Termine abgesagt oder verlegt wurden, ohne die P&As zu informieren.
- Die mangelnde Beherrschung der deutschen oder französischen Sprache durch das Personal, was eine gute Kommunikation verunmöglichte.

Im Folgenden einige Beispiele, die das Genannte illustrieren – die Namen der Mitarbeitenden und Abteilungen wurden anonymisiert.

- *«L’infirmière n’était pas sympa, vraiment pas cool.»*
- *«(...) ce qui m’a le plus perturbé lors de cet appel n’est pas l’erreur de votre part, mais plutôt l’attitude de la personne qui m’a contacté. Elle n’a fait preuve d’aucune empathie, ni même exprimé le moindre mot de sympathie pour la perte de ma mère. Sa seule préoccupation semblait être de savoir où envoyer des factures.»*
- *«Je vous écris car nous nous faisons beaucoup de soucis pour mon papa qui est hospitalisé à l’hôpital de Bienne et nous nous sentons un peu démunis face au peu de retour de la part du personnel de soin de l’hôpital de Bienne. (...). Nous sommes démunis face à cette situation. Le dimanche j’ai téléphoné et expliqué pourquoi, pour pouvoir parler à un responsable ou à un médecin et on m’a dit qu’on allait les informer pour qu’ils me rappellent... mais personne n’a pris la peine de nous téléphoner.»*
- *«Nachtpersonal möchte kein Deutsch sprechen. (...)»*
- *(...) Als Angehörige fühlte ich mich nicht ausreichend abgeholt und informiert. Es wirkte auf mich, als ob die rechte Hand nicht wüsste, was die Linke tut. (...) Ich verstehe, dass der Gesundheitsbereich unter immensem Kostendruck steht und der Fachkräftemangel eine grosse Herausforderung darstellt. Dennoch hätte ich mir eine transparente Kommunikation über die Testergebnisse, eine Diagnose (die bis heute fehlt) und eine ärztliche Ansprechperson gewünscht.»*
- *«Herr XXX (Patient) stellt sich am 20.1 kurz vor 9 Uhr vor. Sein Termin wird nicht gefunden, ich weise darauf hin, dass ich ein E-Mail am 16. geschickt habe. Die Frau am Empfang im 4. Stock, die das Telefon bedient erklärt, dass die neue Terminvergabe aufgrund der Angaben der Ärztin erfolgte, weil der Januar zu früh sei. Ich weise nochmals darauf hin, dass ich ein E-Mail geschrieben habe, das interessiert sie aber nicht und sagt, dass sie das E-Mail jetzt sehe, aber bis jetzt (20.1.) nicht gelesen habe. Sie sei sehr beschäftigt, sie könne nicht alle Mails lesen.»*

Die meisten P&A, die sich an den EDM wenden, sind irritiert, traurig oder wütend, aber höflich und in der Lage, die Dinge zu unterscheiden (auch Danksagungen und Komplimente an das Personal werden übermittelt). Es gibt jedoch auch Ausnahmen. Hier die Antwort, die wir erhielten, als wir anboten, eine Patientin wieder mit einer beschuldigten Pflegefachperson in Verbindung zu bringen:

→ *«Je ne dialogue pas avec des personnes nulles et inhumaines. Je ne descends pas dans la merde. Elle ne vaut pas la peine.»*

Schlussfolgerung

Innerhalb eines Jahres hat der EDM dank der Unterstützung der Abteilung Kommunikation & Marketing und der verschiedenen Kliniken innerhalb und ausserhalb des SZB an Sichtbarkeit gewonnen. Viele Patientinnen und Patienten oder Angehörige sind froh, dass es den EDM gibt, und drücken ihre Dankbarkeit darüber aus, dass sie seine Dienste in Anspruch nehmen konnten. Hier der Erfahrungsbericht eines sehr alten Patienten:

→ *«Die Wut ist raus ... Vielen Dank für den Anruf. Das war sehr angenehm, ich hätte nie gedacht, dass das Spitalzentrum mich anrufen würde.»*

Der nächste Schritt wird darin bestehen, eine Systematik und eine Strategie für die interne Rückmeldung von Beschwerden zu entwickeln. Ziel ist es, dass die betroffenen Kliniken eine Zusammenfassung der sie betreffenden Beschwerden (in anonymisierter Form) erhalten, um sich auf diese Quellen der Unzufriedenheit zu stützen und Massnahmen zur Qualitätsverbesserung umzusetzen.

Einführung von Fragebögen zur Sammlung von Patient Reported Experience Measures (PREMs)

Das SZB führt PREM-Fragebögen ein, um die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten zu sammeln und zu ermitteln, welche Prozesse verbessert werden können. Es ist wichtig, dass die Erhebung dieser Fragebögen nicht zu einer Arbeitsbelastung für die Mitarbeitenden des Spitals führt. Aus diesem Grund soll der gesamte Prozess der Datenerhebung digitalisiert werden.

Im Jahr 2024 wurde mit der Geburtsabteilung des Spitals der erste PREMs-Fragebogen zur Patientenerfahrung eingeführt. Dies ist ein erster Schritt hin zu einer allgemeinen Einführung dieser Art von Umfragen. Aufbauend auf den Erfahrungen, die mit der Einführung von PROMs (siehe unten) gemacht werden, möchten wir bis 2025-2026 ein Verfahren zur Erhebung von PREMs entwickeln.

Einführung von Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

Das SZB setzt sein Engagement im Projekt «OpenPROMS» fort, das von der Berner Fachhochschule Technik und Informatik initiiert wurde. Ziel ist es, die Erhebung von PROMs (Patient Reported Outcome Measures) zu integrieren, um die Qualität der Spitalleistungen zu verbessern. Dieses innovative Projekt wird es ermöglichen, direkt bei Patientinnen und Patienten wertvolle Informationen über ihren

Gesundheitszustand und ihre Lebensqualität zu sammeln, sodass die Behandlungen an deren Situation angepasst werden können, aber auch zu erfahren, wie sie die Betreuung erleben, so dass die Behandlungen individualisiert und patientenzentriert optimiert werden können.

Im Jahr 2024 musste eine Phase der Sicherheitsanalyse und der Bestätigung der gesetzlichen Anforderungen, insbesondere des neuen Datenschutzgesetzes (DSG), eingeleitet werden. So konnte sichergestellt werden, dass die Umsetzung dieser PROMs-Lösung den gesetzlichen Rahmenbedingungen entspricht und für unsere Patientinnen und Patienten die vollständige Vertraulichkeit ihrer Daten garantiert ist. Der operative Start des Projekts ist nun für 2025 geplant, mit einer ersten Implementierungsphase in der Spinalen Chirurgie. Sobald diese Phase validiert und die Prozesse angepasst sind, wird die Einführung in der Kardiologie fortgesetzt, so dass die Verwendung von PROMs schrittweise auf andere Disziplinen ausgeweitet werden kann. Langfristiges Ziel ist es, den verschiedenen Kliniken des SZB ein standardisiertes und wissenschaftlich validiertes Instrument zur Verfügung zu stellen, damit eine individualisierte patientenzentrierte Betreuung möglich wird.

Das SZB ist von der Bedeutung der PROMs in einem System überzeugt, das sich zunehmend am Konzept der nutzenbasierten Gesundheitsversorgung orientiert. Diese Thematik der «Value Based Health Care» (VBHC) wird in den gesetzlichen Rahmenbedingungen, die für die Leistungserbringenden im Gesundheitswesen in der Schweiz gelten, immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Auszeichnung «Selbsthilfefreundliches Spital»

Seit 2022 arbeitet das Spitalzentrum Biel eng mit Selbsthilfe Schweiz sowie Selbsthilfe Bern zusammen, um die patientenorientierten Selbsthilfe zu fördern. Diese Zusammenarbeit hat dazu geführt, dass das SZB als erstes Spital der Schweiz die Auszeichnung «Selbsthilfefreundliches Spital» für die gesamte Institution erhalten hat. Diese wird von der Stiftung Selbsthilfe Schweiz verliehen, wenn sich ein Spital unter seinen Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen aktiv für die Förderung und Unterstützung der patientenorientierten Selbsthilfe einsetzt. Diese Anerkennung bescheinigt, dass die Institution eng mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeitet, deren Integration in den Behandlungspfad erleichtert und konkrete Massnahmen zur Förderung des Erfahrungsaustauschs zwischen den Betroffenen umsetzt.

Um diese Auszeichnung zu erhalten, muss das Spital verschiedene Qualitätskriterien erfüllen. Dazu gehören unter anderem die Benennung einer speziellen Kontaktperson für Selbsthilfefragen, die Bereitstellung von Informationen zu Selbsthilfeangeboten und die Zusammenarbeit mit regionalen Selbsthilfezentren und -gruppen. Dieser Ansatz fördert eine ganzheitliche Betreuung der Patientinnen und Patienten, indem ihre persönlichen Ressourcen gefördert werden und ihre Lebensqualität durch gegenseitige Unterstützung verbessert wird.

Im Jahr 2024 arbeitete das Spitalzentrum Biel eng mit Selbsthilfe Schweiz zusammen, um diese Auszeichnung als offizielle Massnahme zur Qualitätsverbesserung gemäss des H+ Qualitätsvertrags bestätigen zu lassen. Es wird erwartet, dass diese Auszeichnung Anfang 2025 bestätigt wird.

Zertifizierungen und Akkreditierungen

Nach dem Jahr 2023, das von neuen Zertifizierungen geprägt war, war das Jahr 2024 der Verankerung und Aufrechterhaltung der erworbenen Qualitätsstandards gewidmet. Die Aufrechterhaltung dieser Zertifizierungen ist eine umfassende Aufgabe, die eine kontinuierliche Überwachung von Prozessen, Indikatoren und Anforderungen voraussetzt. Im Berichtsjahr konnte dank dieser Bemühungen sichergestellt werden, dass jedes zertifizierte Zentrum des SZB die internen und externen Auditprozesse erfolgreich durchlief und damit erneut sein hervorragendes Niveau zum Nutzen der Patientinnen und Patienten belegt. Alle unten aufgeführten Zertifizierungen konnten aufrechterhalten werden.

Tabelle 2:
Zertifizierung und Auszeichnungen

Zentrum / Klinik / Zertifizierung		
Brustzentrum 	Chirurgie und Gynäkologie 	Darmzentrum 
Stroke Unit 	Prostatazentrum 	Intensivmedizin 
Beckenbodenzentrum 	Spitalzentrum Biel 	Frauenklinik 

Dokumentenverwaltung oder Document Management System (DMS)

Das Jahr 2024 markiert eine neue Etappe in der Digitalisierung des SZB mit der Weiterentwicklung des elektronischen Dokumentenmanagements. Nach der erfolgreichen Migration der Dokumente in die neue Intranet-Umgebung im Jahr 2023 ging es nun darum, die Nutzung dieses Instruments zu optimieren, um die Vorteile voll auszuschöpfen. Um dies zu erreichen, werden ab 2025 dem Team der Qualitätsentwicklung mehr personelle Ressourcen zu Verfügung stehen. So können die Kliniken und Abteilungen aktiv bei der Strukturierung und Integration ihrer Dokumente in das DMS unterstützt werden.

Durch diese Begleitung erhalten die Teams direkte Unterstützung bei der Organisation, Vereinheitlichung und Optimierung des Dokumentenmanagements, wodurch eine bessere Zugänglichkeit und Zuverlässigkeit der Informationen gewährleistet wird. Damit soll sichergestellt werden, dass das DMS seine Ziele voll und ganz erreicht, d.h. eine effiziente Zentralisierung der Dokumente und dass diese verfügbar und aktuell sind. Diese neue Dynamik wird die Vorgehensweisen harmonisieren, das Inhaltsmanagement verbessern und die Qualität sowie die Sicherheit der Informationen auf institutioneller Ebene erhöhen.

Qualitätsverbesserung: ein tägliches Anliegen unserer Mitarbeitenden

Die oben vorgestellten institutionellen Massnahmen sind nur die Spitze des Eisbergs aller Anstrengungen, die das Kernteam täglich unternimmt, um die Qualität unserer Leistungen und die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten zu verbessern. Dieser Abschnitt soll einige dieser Massnahmen vorstellen und die Dynamik und das Engagement aller Mitarbeitenden im Dienste unserer Patientinnen und Patienten aufzeigen.

Farben für mehr Sicherheit bei der Verabreichung von Medikamenten (Intensivmedizin)

Kontakt:

Thomas Minnig
Dipl. Experte NDS Intensivpflege mbF
Intensivmedizin

Hintergrund

In der Intensivmedizin erfolgten in den letzten Jahren mehrere CIRS-Einträge wegen Medikamentenverwechslungen von Propofol 1% bzw. 2% am Perfusor (Spritzenpumpe).

Die Medikamente sind in den Spritzenpumpen in einer Datenbank hinterlegt. Bei Beginn einer medikamentösen Therapie wird das Medikament an der Spritzenpumpe programmiert, damit es in das PDMS-Dokumentationssystem (Patient Data Management System) übernommen wird. Es ist vorgekommen, dass dabei die falsche Konzentration von Propofol (1% anstatt 2%, oder umgekehrt) ausgewählt und dem Patienten bzw. der Patientin dadurch eine andere Dosierung verabreicht wurde, als dokumentiert war; dies, obwohl die Mitarbeitenden durch Schulungen und Besprechungen früherer CIRS-Fälle bereits für diese spezifische Problematik sensibilisiert worden waren.

Bei der Bearbeitung der CIRS-Fälle wurde der ganze Prozess der Propofolverabreichung analysiert. Dabei wurde festgestellt, dass die Etiketten, mit denen die Perfusorspritzen beschriftet werden, farblich genau gleich gekennzeichnet sind und sich somit schlecht unterscheiden lassen.

Verbesserungsmassnahme

In Zusammenarbeit mit der Apotheke wurden verschiedene Abklärungen getroffen. Es wurde entschieden, die vorgedruckten Etiketten der Medikamente farblich unterschiedlich darzustellen. Neu ist bei Propofol 1% die Dosierung in schwarzen Zahlen und bei Propofol 2% in roten Zahlen aufgedruckt. Parallel dazu wurde die Sensibilisierung der Mitarbeitenden durch Schulungen noch verstärkt.

Seit der Einführung der neuen Etiketten gab es keine CIRS-Fälle zu Propofoldosierungen mehr.

Medizinisch-pflegerische Visite: Ein Konzept zur interdisziplinären Zusammenarbeit (Medizinische Klinik)

Kontakt:

Tizianna Passarelli
Advanced Practice Nurse
Medizinische Klinik

Hintergrund

Auf den stationären Stationen der Medizinischen Klinik wurde die Dauer der medizinisch-pflegerischen Visite vom Pflegepersonal als zu lang empfunden, mit einem unzureichenden Ergebnis. Dies führte 2021 dazu, dass die Pflege nicht mehr an den medizinisch-pflegerischen Visiten teilnahm, was sich negativ auf die Sicherheit sowie das Erleben der Patientinnen und Patienten auswirkte.

Verbesserungsmassnahme

Daher riefen der Chefarzt der Medizinischen Klinik und die Direktorin Pflege eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe ins Leben, die von der Pflegeexpertin der Medizinischen Klinik geleitet wurde, mit dem Ziel, ein Konzept für die Patientenvisite zu erstellen und dieses zu implementieren.

Basierend auf Erfahrungsevidenz und unter Berücksichtigung der Literatur, unter anderem der Studie von Becker et al. 2021, entstand in interdisziplinärer und interprofessioneller Zusammenarbeit das Konzept «Patientenvisite Ärzteschaft-Pflegefachpersonen», welches ab September 2023 angewendet wurde. Bei dieser Visite geht es darum, die Anliegen der Patientinnen und Patienten zu besprechen und deren Behandlungsplan zu erstellen sowie die dazugehörigen Verordnungen zu tätigen. Mit dem Konzept konnten wir den Ablauf strukturieren, was zur Sicherheit und zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten beiträgt. Davor haben die meisten Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen an einer Schulung teilgenommen, damit sie die Anforderungen aus dem Konzept umsetzen können. Diese Schulungen werden weiterhin fortgeführt.

Zudem wurden in der Arbeitsgruppe diverse Hilfsmittel, wie Checklisten für die Vorbereitung der Patientenvisite, visuelle Strukturhilfen etc. erarbeitet, welche die Implementierung des Ablaufs erleichtern sollten. Im Februar/März 2024 wurde der Stand der Implementierung mittels strukturierter Beobachtungen evaluiert und zeigte erste erfreuliche Resultate. Diese Beobachtungen wurden im Dezember 2024 wiederholt, die Datenanalyse steht noch aus.

Trotz der erfreulichen Resultate aus den Beobachtungen im Jahr 2024, ist die Implementierung nicht abgeschlossen (und wird es aufgrund der Personalfuktuation wahrscheinlich auch nie ganz sein).

Ein Massnahmenpaket für das Gefässzentrum

Kontakt:

Dr. med. Lea Alina Attias-Widmer
Chefärztin Gefässzentrum

Vaskuläre Malformationen

In der Schweiz gibt es eine Unterversorgung im Bereich Orphan' Diseases und eine entsprechende nationale Initiative, dies im Rahmen vernetzter Zentren (KOSEK VASC-RN Netzwerk, Nationale Koordination Seltene Krankheiten) gezielt zu verbessern. Wir haben uns 2024 als assoziiertes Zentrum im Bereich vaskuläre Malformationen beworben.

Auch im klinischen Alltag ist uns das Thema ein grosses Anliegen. Insbesondere bei Kindern wollten wir die Synergien mit der Kinderchirurgie besser nutzen, so dass wir 2024 neu eine interdisziplinäre Malformationssprechstunde (Angiologie und Kinderchirurgie) für Kinder mit Gefässmissbildungen etablierten. Ziel ist, für Kinder und Eltern die Anzahl Konsultationen zu verringern, indem sie gleichzeitig – am gleichen Termin – von allen beteiligten Spezialistinnen und Spezialisten gesehen werden können. Dies ermöglicht auch, allfällige Hospitalisationen oder Eingriffe unter Einbezug der Familien und Spezialisten besser zu koordinieren.

Interdisziplinäre Fuss-Sprechstunde

Gemäss einem sehr ähnlichen Modell funktioniert die interdisziplinäre Fuss-Sprechstunde, die im Gefässzentrum seit vier Jahren besteht, und gemeinsam mit Angiologie, Fussorthopädie und Gefässchirurgie sowie zusätzlich externer Orthopädie-Techniker durchgeführt wird. Die Patientin/der Patient kommt einmal und sieht dabei alle Spezialistinnen und Spezialisten, was die Konsultationszahl deutlich verringert.

Zudem koordinieren die Spezialisten die Hospitalisation und die invasiven Massnahmen (Revaskularisation, chirurgische Massnahmen wie Débridement oder Amputation) direkt mit den Patientinnen und Patienten. Auch postoperativ erfolgt die Betreuung weiter gemeinsam. In 2024 haben wir erstmalig dank der sehr engen Zusammenarbeit in der interdisziplinären Fuss-Sprechstunde unsere Amputationsrate bei diabetischem Fuss im Spitalzentrum Biel relevant senken können. Durch das Renommee des Gefässzentrums in diesem Bereich (Wunden, diab. Fuss) entsteht bei den Hausärztinnen und Hausärzten auch eine Awareness für dieses Krankheitsbild, die hoffentlich zu früheren Zuweisungen und dadurch hoffentlich für die Patientinnen und Patienten zu einer geringeren Anzahl Amputationen führen wird.

Einsatz für unterdiagnostizierte Krankheiten

Auch engagiert sich das Gefässzentrum stark im Bereich unterversorgter / unterdiagnostizierter Krankheiten wie dem *Pelvic Congestion Syndrome*. Dieses chronische Schmerzsyndrom bei Frauen mit Unterleibschmerzen wird leider oft viel zu spät diagnostiziert, da die Patientinnen nicht ernst genommen oder die Symptome als psychisch bedingt abgestempelt werden.

Wir drehten im Jahr 2024 dazu eine Sendung auf *TeleBilingue*, das auf *YouTube* so rege angeschaut wurde, dass uns die französische nationale Selbsthilfegruppe bat, ihrem Netzwerk beizutreten, da die westschweizer Patientinnen sie mangels Anlaufstellen in der Schweiz in ihrer Verzweiflung oft kontaktierten.

Ebenso etablierte das Gefässzentrum im SZB ein Netzwerk mit zwei darauf spezialisierten Gynäkologinnen und einen Patientenpfad. Bei guter Triage stellen wir bei den Eingriffen eine massive Symptomlinderung bis vollständige Symptombfreiheit bei 80% aller behandelten Patientinnen fest, was bei chronischen, zum Teil invalidisierenden Schmerzen, zum Teil mit Arbeitsunfähigkeit, extrem erfreulich ist.

Interprofessionelle Zieldiskussion für Langzeitpatientinnen und -patienten in der Intensivmedizin (ZILI)

Kontakt:
Charlotte Schwab
Physiotherapeutin
Intensivmedizin

Patientinnen und Patienten auf der Intensivmedizin werden von mehreren Professionen betreut (Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten, Logopädinnen, Ergotherapeuten). Vor allem bei sogenannten Langzeitpatientinnen und -patienten (Patienten mit langer Aufenthaltsdauer) ist die interprofessionelle Zusammenarbeit von hoher Bedeutung zur Synchronisation der Bemühungen aller Berufsgruppen zum Wohle der Patienten (Donovan et al., 2018). Zu diesem Zweck wurde die Plattform ZILI 2023 im Spitalzentrum Biel implementiert – dazu waren fünf Phasen notwendig.

Zwischen Januar bis April wurden die ersten vier Phasen erarbeitet – Projektidee, Informationssammlung, Erstellung einer Richtlinie und Pilotphase. Am 13.4.2023 erfolgte der Kick-off. Die Evaluation mittels Umfrage wurde nach drei Monaten durchgeführt. Da 100% der Antworten in der Umfrage positiv ausfielen, wurde das ZILI definitiv eingeführt.

Das *ZILI* findet – vorausgesetzt, es gibt Langzeitpatientinnen und -patienten – jeweils am Donnerstag um 13 Uhr statt. Die Anmeldung erfolgt schriftlich via Mail am Dienstag durch die Physiotherapeuten der Intensivstation. Alle in der Betreuung beteiligten Fachdisziplinen – Ärzteschaft, Pflegefachpersonen, Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie – nehmen teil.

Das Ziel ist, während maximal 30 Minuten eine Standortbestimmung zu den Patientinnen und Patienten vorzunehmen und ein interprofessionelles Ziel für die Betreuung in den nächsten sieben Tagen festzulegen.

Ob die Patientinnen und Patienten mit dem *ZILI* besser betreut sind und weniger lang auf der Intensivstation hospitalisiert sind, kann objektiv – bei fehlenden Daten aus dem SZB – aktuell nicht dokumentiert werden. Jedoch zeigt die Literatur klar, dass eine interprofessionelle Herangehensweise einen zentralen Punkt in der Betreuung von kritisch kranken Patientinnen und Patienten ist (Donovan et al. 2018). Auch wird durch das Verfolgen eines gemeinsamen Ziels die Qualität der Patientenbetreuung erhöht. Die Patientinnen und Patienten können schneller auf die Normalstation verlegt und aus dem Spital entlassen werden (Schaller, et al., 2016).

Subjektiv wird das *ZILI* als positiv wahrgenommen – für die Betreuung der Patientinnen und Patienten, eine optimale Nutzung des Zeitbudgets, aber auch für die organisationale Energie der Intensivstation.

Das *ZILI* mit dem wöchentlichen interprofessionellen Austausch ist ein Mehrwert, sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Mitarbeitenden (Benmachiche, Gertsch, Giordano, & Claivaz, 2022).

Referenzen

Becker, C., Gamp, M., Schuetz, P., Beck, K., Vincent, A., Hochstrasser, S., ... BEDSIDE-OUTSIDE Study Group (2021). Effect of Bedside Compared With Outside the Room Patient Case Presentation on Patients' Knowledge About Their Medical Care: A Randomized, Controlled, Multicenter Trial. *Annals of internal medicine*, 174(9), 1282–1292.

<https://doi.org/10.7326/M21-0909>

Benmachiche, M., Gertsch, M., Giordano, F., & Claivaz, V. (2022, November 23). Patients in complex situation in internal medicine intermediate care unit: An example of interprofessionality. *Rev Med Suisse*, pp. 2213-2217.

Donovan, A. L., Aldrich, J. M., Gross, A. K., Barchas, D. M., Thornton, K. C., Schell-Chaple, H. M., . . . Lipshutz, A. K. (2018, Juni). Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Crit Care Med*, pp. 980-990.

Schaad, B. (2020). *(In)hospitalités hospitalières* (p. 166). CHUV

Schaller, S., Anstey, M., Blobner, M., Edrich, T., Grabitz, S., Gradwohl-Matis, I., . . . Eikermann, M. (2016, October). Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial. *Lancet*, pp. 1377-1388.

Anhänge: Ergebnisse der nationalen Massnahmen (Indikatoren)

Swissnoso: Infektionen der Operationsstelle (Erhebungszeitraum: Oktober 2023 – September 2024)

Intervention	Anzahl Operationen	Beobachtete Infektionen N (%)	Erwartete Infektionen N (%)	SIR* (95% CI)
Appendektomie Kinder (<16 Jahre)	38	2 (5,3%)	1,3 (3,4%)	1,5 (0,2-5,6)
Kaiserschnitt	212	6 (2,8%)	6,1 (2,9%)	1,0 (0,4-2,1)
Dickdarmchirurgie	68	9 (13,2%)	8,7 (12,7%)	1,0 (0,5-2,0)
Laminektomie / Bandscheibenvorfall ohne Implantat	107	2 (1,9%)	1,6 (1,5%)	1,3 (0,1-4,7)
Laminektomie / Bandscheibenvorfall mit Implantat	21	0 (0,0%)	1,1 (5,3%)	0,0 (-,-)

*Interpretation der standardisierten Infektionsratio (SIR): Ein Wert über 1.0 bedeutet, dass im analysierten Spital *mehr* Infektionen, ein Wert unter 1.0, dass *weniger* Infektionen festgestellt wurden, als zu erwarten wären. Zu beachten ist das 95%-Konfidenzintervall, das Aufschluss darüber gibt, ob die Abweichung statistisch signifikant ist. Signifikanz liegt dann vor, wenn das Intervall den Wert 1.0 nicht einschliesst.

Anmerkung: Die Analyse der standardisierten Infektionsratio (SIR) zeigt, dass die Infektionsraten im SZB für alle diese Eingriffe im Durchschnitt liegen.

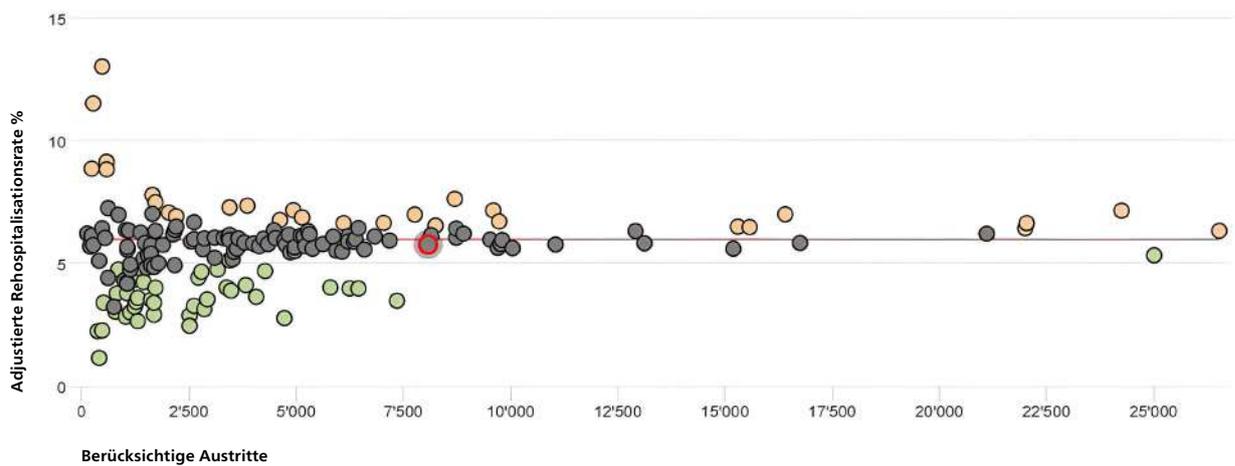
Entwicklung seit der letzten Messung (Oktober 2022 bis September 2023):

- Die SIR für Appendektomien bei Kindern (<16 Jahre) war höher als der erwartete Durchschnitt. Nach dieser Feststellung und der Einführung von Massnahmen durch die Abteilung für Infektiologie war diese Rate wieder mit dem Durchschnitt der anderen Spitäler vergleichbar.
- Infektionen bei Kaiserschnitten gingen im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum um fast die Hälfte von 5,3% auf 2,8% zurück, was auf die Präventionsbemühungen zurückzuführen ist.

ANQ: Sturz und Dekubitus

Diese Messungen wurden vom ANQ ab 2023 bis auf Weiteres ausgesetzt.

ANQ: Ungeplante Wiedereintritte (2022)



- Ergebnis tiefer als Vergleichswert ●
- Ergebnis im Normbereich ●
- Ergebnis höher als Vergleichswert ●
- Durchschnitt adjustierte Rehospitalisationsrate aller Spitäler/Kliniken (Vergleichswert) —

Anmerkung:

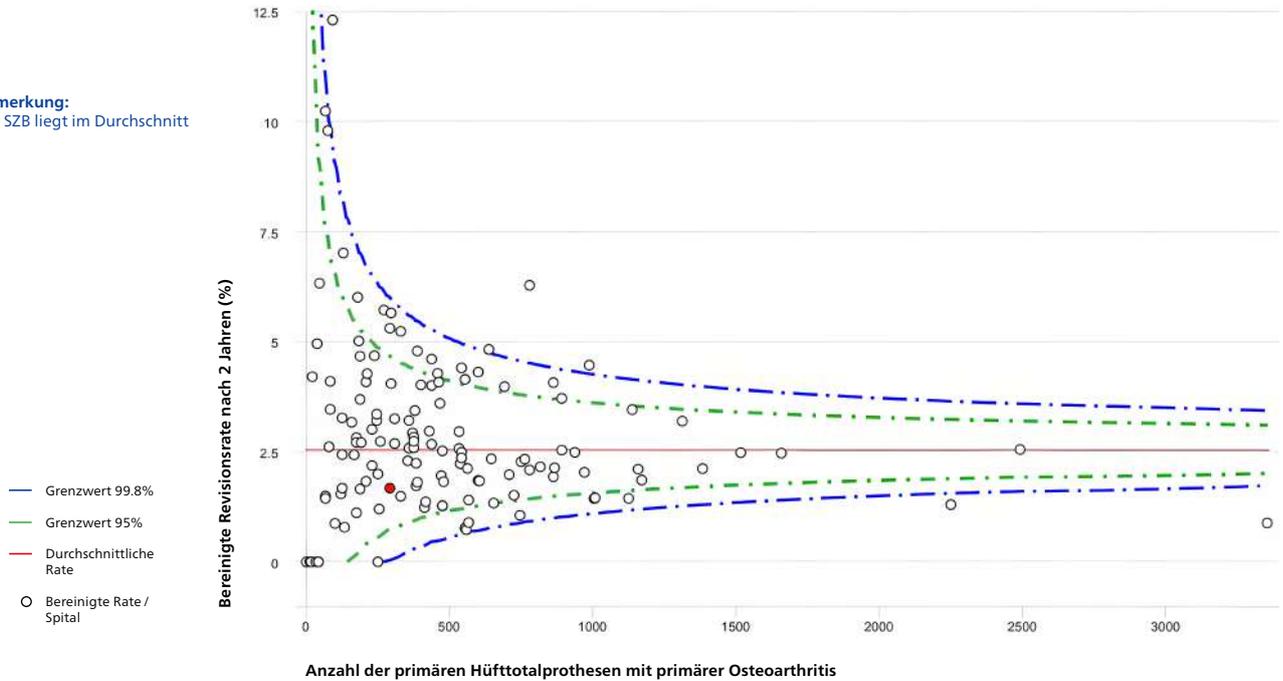
Das SZB (in rot) liegt bei den Wiederaufnahmen auf Spitalsebene im Mittelfeld. Diese Schlussfolgerung gilt auch für die bereichsspezifischen Messungen, d.h. für die Kohorten:

- Chirurgie-Gynäkologie
- Kardiorespiratorisch
- Herz-Kreislauf
- Neurologisch
- Andere medizinische Kohorte

SIRIS Implantat-Register (SZB in rot)

2-Jahres-Revisionsrate für Hüftprothesen (Analysezeitraum: 2018 – 2021)

Anmerkung:
Das SZB liegt im Durchschnitt



2-Jahres-Revisionsrate für Knieprothesen (Analysezeitraum: 2018 – 2021)

Anmerkung:
Das SZB liegt im Durchschnitt

