



# Qualitätsbericht 2023

Spitalzentrum  
Centre hospitalier  
Biel-Bienne



# Inhaltsverzeichnis

## Qualität im Spitalzentrum Biel

<b>Einführung</b>	<b>3</b>
<b>Die Schwerpunkte der Qualität im SZB</b>	<b>4</b>
<b>Qualität der Leistungen und Patientensicherheit</b>	<b>4</b>
→ Sturz und Dekubitus	4
→ Vermeidbare Rehospitalisationen	5
→ Einführung von Patient Reported Outcome Measures (PROMS)	6
→ Das Critical Incidence Reporting System (CIRS)	6
Eine neue Struktur	7
Wichtigste Ergebnisse	7
→ Medizinische Simulationen	8
<b>Patientenerfahrung</b>	<b>9</b>
→ Einrichtung des «Espace Dialog & Mediation»	9
→ Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	10
Erwachsene	10
Eltern von Kindern im Spital	10
→ Initiative Qualitätsmedizin (IQM)	11
Beschreibung	11
Ergebnisse der Indikatoren	11
<b>Die Zertifizierungen und Akkreditierungen</b>	<b>12</b>
→ Business Process Management	13
→ Document Management System (DMS)	13

## Die Qualitätsvision

<b>Patientensicherheit und Qualität der Leistungen</b>	<b>14</b>
→ Das Critical Incident Reporting System (CIRS)	14
Unterstützung von Analysegruppen	14
Ausbildung	14
→ Medizinische Simulationen & Crew Ressource Management (CRM)	14
→ Vigilanz Swissmedic	14
→ Dashboard mit Qualitätsindikatoren	15
<b>Patientenerfahrung</b>	<b>15</b>
→ Espace Dialog & Mediation	15
→ Erhebungen Zufriedenheit	15
<b>Document Management System (DMS)</b>	<b>15</b>
<b>Qualitätsvereinbarung H+</b>	<b>15</b>

## Anhang

	<b>16</b>
--	-----------

---

# Qualität im Spitalzentrum Biel

## Einführung

Die Qualitätsentwicklung ist eine Priorität des Spitalzentrums Biel (SZB). Aus diesem Grund wurde im Jahr 2023 eine zentrale Abteilung für Qualitätsentwicklung geschaffen, um dem Qualitätsmanagement (QMS) institutionelle Kohärenz und Effizienz zu verleihen. Diese Abteilung wurde der Generaldirektion unterstellt, um einen spitalweit einheitlichen Ansatz zu fördern und die strategische Dimension der Qualität zu unterstützen.

Das Spitalwesen als Ganzes steht unter Druck und befindet sich im Wandel. Die Paradigmen von einst sind nicht mehr die Wahrheiten der Gegenwart. Neben den Herausforderungen des Personalmangels und des finanziellen Drucks sind es auch die Komplexität der Medizin und der Wandel der Gesundheitsnetzwerke, welche die Funktionsweise der Spitäler auf den Kopf stellen und sie dazu zwingen, sich ständig neu zu erfinden und anzupassen. Vor diesem Hintergrund kommt dem Qualitätsmonitoring eine besondere Bedeutung zu.

Dieses Dokument soll die erzielten Ergebnisse, die Herausforderungen und die Vision in Bezug auf die Qualität transparent darstellen. Es fasst die Leitlinien zusammen, welche die Abteilung für Qualitätsentwicklung im Bereich des institutionellen Qualitätsmanagements verfolgt. Die beschriebenen Massnahmen sind nicht abschliessend, da eine Reihe von Initiativen auch dezentral ergriffen werden, um eine optimale Qualität unserer Leistungen zu gewährleisten, insbesondere im Hinblick auf die Patientinnen und Patienten.

## Die Schwerpunkte der Qualität im SZB

Da Qualität viele Gesichter hat, gilt dies auch für die Aufgaben der Qualitätsentwicklung. Auch wenn sie unterschiedlich sein können, verfolgen sie alle ein gemeinsames Ziel: die Qualität der Leistungen und die Sicherheit unserer Patientinnen und Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Wie in *Abbildung 1* dargestellt, orientiert sich das Qualitätsmanagement im SZB an vier Schwerpunkten, die durch Aktivitäten wie Qualitätsberichterstattung und -überwachung sowie das Dokumentenmanagementsystem (DMS) unterstützt werden. Der patientenzentrierte Ansatz steht im Mittelpunkt der ersten beiden Teile des Puzzles: Qualität der Leistungen und Patientensicherheit sowie Patientenerfahrung. Die Zertifizierungen und das Business Process Management (BPM) konzentrieren sich eher auf Prozesse, die mit dem Kerngeschäft verbunden sind. Diese Konstruktion ist also vollkommen kohärent, da all diese Elemente komplementär sind.



Abbildung 1:  
Die Aufgaben der  
Qualitätsentwicklung

Die Abteilung für Qualitätsentwicklung, die der Generaldirektion des Spitals unterstellt ist, ist dafür verantwortlich, die Ausführung der qualitätsbezogenen Aufgaben zu steuern. Dabei kann die Abteilung für Qualitätsentwicklung auf die Unterstützung der Qualitätskommission zählen. Diese setzt sich aus dem CEO des Spitals, der Pflegedirektorin (CNO), einem medizinischen Direktor (CMO) sowie einem weiteren Arzt zusammen. Diese Kommission kann Problematiken ansprechen, die in der Strategie der Qualitätsentwicklung berücksichtigt werden müssen. Umgekehrt kann die Qualitätsentwicklung bestimmte Qualitätsfragen an die Kommission herantragen. Diese Kommission trifft sich etwa achtmal im Jahr, um aktuelle Qualitätsthemen des Spitals zu behandeln.

## Qualität der Leistungen und Patientensicherheit

### Sturz und Dekubitus

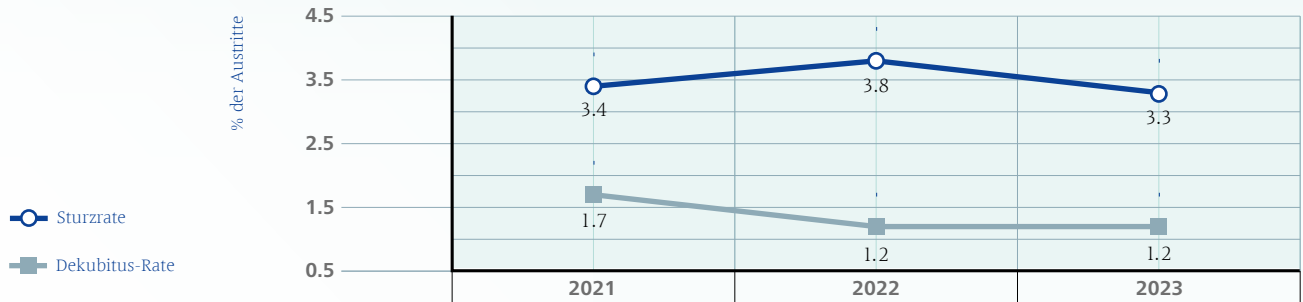
Die *Grafik 1* zeigt die Entwicklung der Sturzrate und der Dekubitusrate seit 2022. Diese Raten werden in Bezug auf die Anzahl Entlassungen aus dem Spital berechnet.

Die Sturzrate hat sich seit letztem Jahr verbessert, und die Dekubitusrate war stabil. Gemäss Nationalem Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) befindet sich das SZB mit diesen Raten im Mittelfeld aller Spitäler.

Die Fachgruppe «Sturz und Dekubitus» setzt sich auf der Ebene der Pflege für eine bessere Prävention, Erkennung und angemessene Behandlung von Druckgeschwüren und Stürzen ein. Ein systematisches und umfassendes Screening des Hautzustands bei Eintritt jeder Patientin und jedes Patienten ist eine institutionalisierte Massnahme, die es ermöglicht, in der Problematik der Druckwunden aktiv zu werden. Ein aufmerksamer und kritischer Blick für das Sturzrisiko und die Umsetzung möglichst adäquater Massnahmen ermöglichen es uns auch, unsere Leistungen bei vermeidbaren Stürzen zu verbessern.

Das SZB setzt seine Bemühungen und Aufklärungskampagnen fort, um die Sicherheit der Versorgung und die Qualität der Betreuung, die jeder Patientin und jedem Patienten geboten werden, zu optimieren.

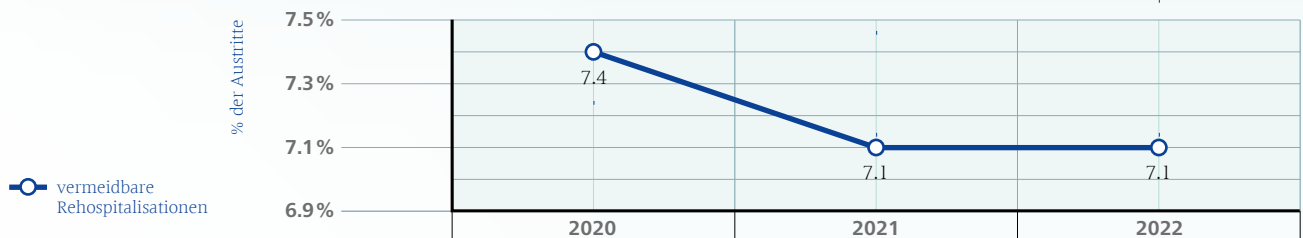
**Grafik 1:**  
**Entwicklung Sturz und Dekubitus**



### Vermeidbare Rehospitalisationen

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) wertet die dem Bundesamt für Statistik gelieferten Daten aus, um vermeidbare Rehospitalisationen zu identifizieren. Hierzu verwendet der ANQ einen Algorithmus, und anschliessend an den Schweizer Kontext angepasst wurde. Die Rate der ungeplanten Rehospitalisationen ist seit 2020 von 7,4% auf knapp 7,1% leicht gesunken.

**Grafik 2:**  
**Entwicklung von vermeidbaren Rehospitalisationen**



Um einen Vergleich zwischen den Spitälern zu ermöglichen, wird diese Rate anschliessend risikoadjustiert. Es ist nicht möglich, zwei Spitäler direkt anhand der beobachteten Raten zu vergleichen, da sich das Risikoprofil von einer Institution zur anderen unterscheidet. Der Vergleich bezieht sich auf die adjustierte Rate. Die Analyse zeigt, dass letztere in allen drei Jahren im Durchschnitt der anderen Schweizer Spitäler liegt.

---

### **Einführung von Patient Reported Outcome Measures (PROMS)**

Das SZB nimmt an dem von der Berner Fachhochschule (BFH) ins Leben gerufenen openPROMS-Projekt teil. In diesem Projekt hat sich das Zentrumsspital zusammen mit den Kliniken für Wirbelsäulenchirurgie und Kardiologie verpflichtet, die Einführung einer PROMS-Sammlung zu testen, um die Qualität der Leistungen zu verbessern. Anhand der gesammelten Informationen kann eine individuellere Behandlung durchgeführt werden. Wenn die Ergebnisse überzeugend sind, könnten diese Instrumente auch anderen Kliniken zur Verfügung gestellt werden.

---

### **Das Critical Incidence Reporting System (CIRS)**

Ein Spital ist ein sich ständig veränderndes System, das nicht unfehlbar ist. Das Personal führt eine Tätigkeit aus, die je nach Situation, zu unerwünschten Ereignissen führen kann. Sofern es sich nicht um eine vorsätzliche Handlung, eine grobe Fahrlässigkeit oder eine Verletzung der Sorgfaltspflicht handelt, werden in einen Vorfall involvierte Mitarbeitende selbstverständlich auch nicht bestraft. Auf dieser Basis kann eine Fehlerkultur aufgebaut werden, die zur Verbesserung der Patientensicherheit beiträgt. Um dieses Konzept so früh wie möglich zu verankern, wird die Bedeutung der Fehlerkultur bereits bei der Einführungsveranstaltung für neue Mitarbeitende erläutert.

Auf dieser grundlegenden Basis der Fehlerkultur wurden zwei zentrale Elemente der Patientensicherheit überarbeitet. Das Meldesystem für unerwünschte Ereignisse (CIRS) sowie die medizinischen Simulationen. Beide Elemente müssen sich auf eine Fehlerkultur stützen können, die in der Grundhaltung der Institution verankert ist.

---

#### **Eine neue Struktur**

Seit 2022 verfügt das SZB über ein neues Webportal, über welches CIRS-Fälle eingereicht und analysiert werden können. Im Jahr 2023 wurde auch eine neue CIRS-Gruppe ins Leben gerufen. Diese hat die Aufgabe, CIRS-Fälle zu analysieren, die für die gesamte Institution relevant sind, und zusätzliche Massnahmen zu den bereits eingeführten vorschlagen. Die Hauptkriterien bei der Auswahl der Fälle sind die Häufigkeit und das Risiko des Ereignisses. Im Jahr 2023 wurde die Struktur des CIRS angepasst. Die rund 50 Meldekreise wurden in etwa zehn Analysegruppen zusammengefasst. Ziel dieser Gruppierung sind die Professionalisierung und die Entwicklung von Synergien zwischen ähnlichen Bereichen. Zu diesem Zweck wurden zum Beispiel die verschiedenen Bettenstationen nun in einer einzigen Analysegruppe zusammengefasst. Die Liste der Meldekreise und Analysegruppen sowie die verantwortlichen Personen sind im Intranet verfügbar.

Die Analysen der CIRS-Gruppe können im Intranet auch prominent veröffentlicht werden, wenn es um Themen oder Informationen geht, die für das gesamte Spital relevant sein könnten. Zu diesem Zweck wurden der Bereich «Fokus CIRS» eingeführt, eine Rubrik, welche Fallstudien aus unserem Spital präsentiert.

Abbildung 2:  
Organigramm CIRS



In der obigen Struktur wird das Vorgehen im Zusammenhang mit der Analyse von unerwünschten Ereignissen dargestellt. Die Mehrheit der Meldungen wird von den Analysegruppen bearbeitet, welche die zu ergreifenden Massnahmen festlegen. Die CIRS-Gruppe befasst sich mit Fällen, die einen systemischen Charakter haben und ein erhebliches Risiko für die Patientinnen und Patienten darstellen. So kann sie vorschlagen, bestimmte Prozesse oder Richtlinien anzupassen, um die Informationen auf der Ebene des gesamten Spitals zu integrieren. Die CIRS-Gruppe kann auch beschliessen, Informationen der Qualitätskommission weiterzuleiten, wenn sie dies für relevant hält. Schliesslich kann je nach Thema auch die Geschäftsleitung über eine Problematik informiert werden, die sich aus der Analyse unerwünschter Ereignisse ergibt. Ziel dieser Art von Eskalation ist es, Massnahmen auf der Ebene implementieren zu können, auf der sie die grösste Wirkung haben.

**Wichtigste Ergebnisse**

Im Jahr 2023 wurden insgesamt 426 CIRS-Fälle gemeldet, die zur Umsetzung von 235 Verbesserungsmassnahmen führten. Bei der Analyse eines CIRS-Falls muss die Kategorie, die den Fehler ausgelöst hat, angegeben werden. Die Verteilung ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 1:  
Verteilung der Kategorien nach CIRS-Fällen<sup>1)</sup>

Kategorien	2023	Prozent
Mensch	221	52%
Medikament	128	30%
Organisation	111	26%
Patienten	32	8%
Zimmer/Gebäude	6	1%

<sup>1)</sup> Die Summe der Prozentsätze ist grösser als 100%. Dies ist darauf zurückzuführen, dass ein CIRS-Fall mehrere Kategorien betreffen kann (z.B. Mensch und Arzneimittel).

Diese Tabelle zeigt, dass in mehr als der Hälfte der Fälle ein menschlicher Faktor die Ursache für das unerwünschte Ereignis war. Fast ein Drittel der Meldungen betraf Medikamente und ein Viertel organisatorische Fragen.

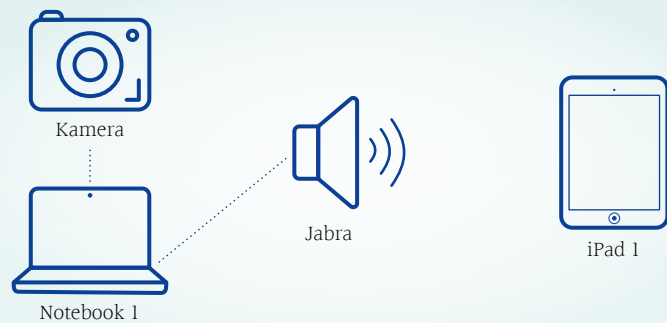
## Medizinische Simulationen

Ende 2023 verfügte das SZB über 10 Auszubildende für medizinische Simulationen. Im Juni wurden innerhalb des SZB über einen Zeitraum von zwei Wochen medizinische Simulationsübungen durchgeführt, bei denen sich 117 Personen mit der Thematik vertraut machten und Simulationen üben konnten. Um unser Spital in die Lage zu versetzen, die Praxis der medizinischen Simulation unter besten Bedingungen zu integrieren, wurde für März 2024 eine Schulung geplant, in der 16 Mitarbeitende des SZB die Möglichkeit erhielten, sich zu Instructorinnen und Instruktor für medizinische Simulationen ausbilden zu lassen.

Schliesslich besitzt das SZB ein entsprechendes Kit (Kamera, Mikrofone usw.), das von der Frauenklinik entwickelt wurde. Damit können Simulationen schnell durchgeführt werden. Mit diesem Kit können Simulationen zudem in situ durchgeführt werden, was die Simulationen noch realer macht. Alle Instructorinnen und Instruktor können dieses Kit reservieren und bei der Durchführung von Simulationen verwenden.

Abbildung 3:  
Illustration des Simulationskits

Raum Simulator  
Teilnehmende



Raum Leitung  
«Voice of God»





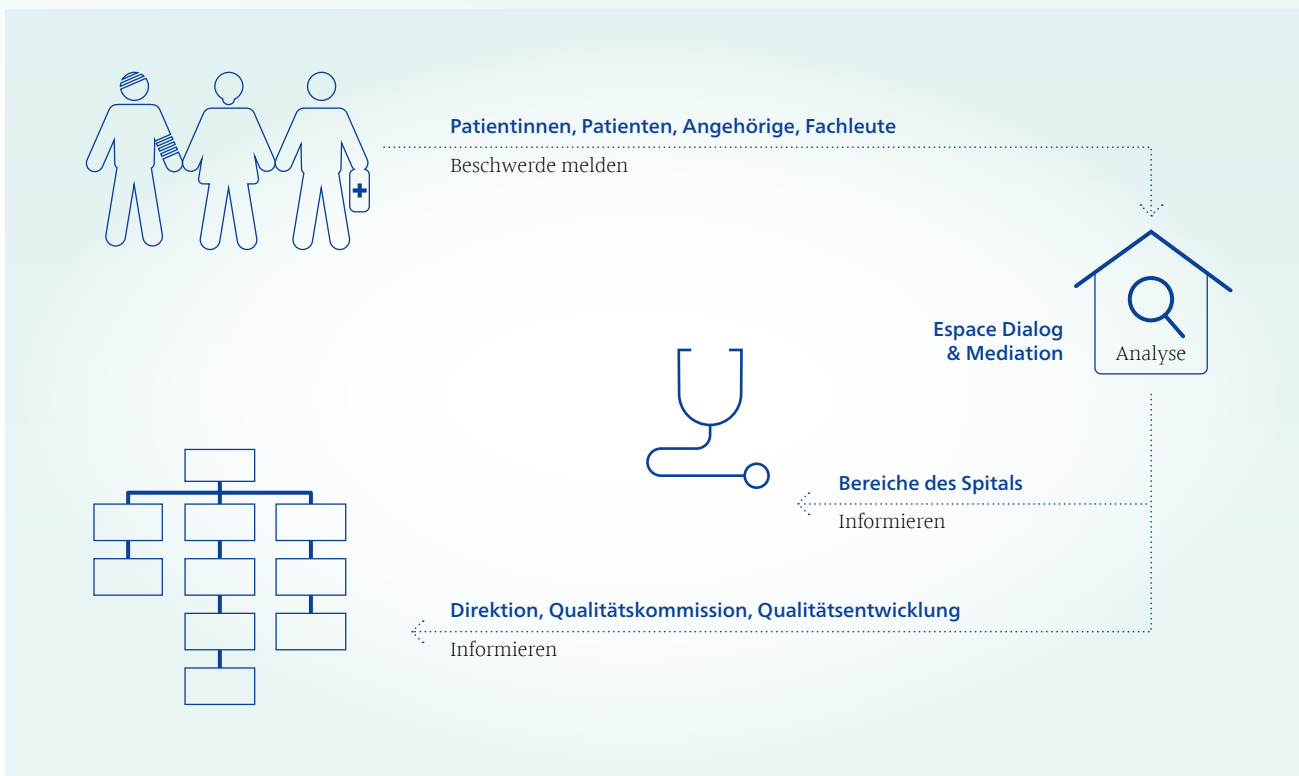
## Patientenerfahrung

### Einrichtung des «Espace Dialog & Mediation»

Im Rahmen einer Reorganisation der Generaldirektion im Jahr 2023 wurden bestimmte Aufgaben im Zusammenhang mit dem Beschwerdemanagement an die Abteilung für Qualitätsentwicklung übertragen. Im Zuge dieser Verlagerung wurde die Abteilung für Beschwerdemanagement umgestaltet, um eine echte Sammlung von Patientenerfahrungen zu ermöglichen, und so entstand der [Espace Dialog & Mediation](#).

Das Konzept basiert auf einer Praxis, die sich seit etwa zehn Jahren am CHUV bewährt hat. Die Leitung liegt in der Verantwortung einer Mediatorin, die eingehenden Beschwerden werden systematisch analysiert und klassifiziert. Diese Systematik ermöglicht gezielte Analysen, um Massnahmen zur Qualitätsverbesserung in den verschiedenen Abteilungen des Spitals umzusetzen. Unsere Mediatorin steht den Mitarbeitenden sowie den Patientinnen, Patienten und & Angehörigen zur Verfügung, um eine Beziehung, die belastet ist, wiederherzustellen. Wird ihre Unterstützung angefordert, ermöglicht es die Mediationskompetenz unserer Mitarbeiterin einerseits, die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten zu verbessern, und andererseits, ein gesundes Arbeitsklima wiederherzustellen. Sie ist daher auch eine Ressource bei Spannungen oder Konflikten innerhalb des Personals. Die Daten werden im 2024 gesammelt, und erste Statistiken können danach erstellt werden.

Abbildung 4:  
**Entgegennahme und Bearbeitung von Beschwerden im Espace Dialog & Mediation**



## Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

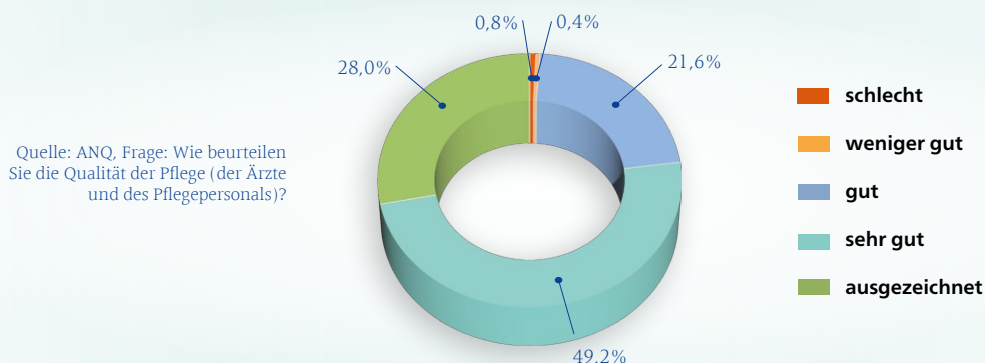
Die Patientenzufriedenheit ist eine obligatorische nationale Messung, die vom ANQ gefordert wird. Die Messung findet jährlich abwechselnd in den Bereichen Rehabilitation und Akutsomatik statt. Die Auswertung bezieht sich auf einen bestimmten Zeitraum (maximal 2 Monate). Um diese Messung durchzuführen, erhalten alle Patientinnen und Patienten, die das Spital während der Evaluationsperiode verlassen haben, per Post einen Fragebogen nach Hause geschickt. Dieser Fragebogen besteht aus 6 Fragen für Erwachsene und 5 Fragen für Kinder. Die detaillierten Ergebnisse sind im Anhang dargestellt.

Im Jahr 2023 war der Fragebogen für die somatische Akutpflege bestimmt. Er richtete sich an Erwachsene und Eltern von hospitalisierten Kindern. Die Ergebnisse werden im Folgenden illustriert.

### Erwachsene

Die Analyse der Ergebnisse für Erwachsene in der Akutsomatik zeigt, dass mehr als drei Viertel der Befragten die Qualität der Behandlung (medizinisch und pflegerisch) als sehr gut bis ausgezeichnet bewerteten. Nur etwas mehr als 1,2% bewerteten sie negativ (weniger gut/schlecht)

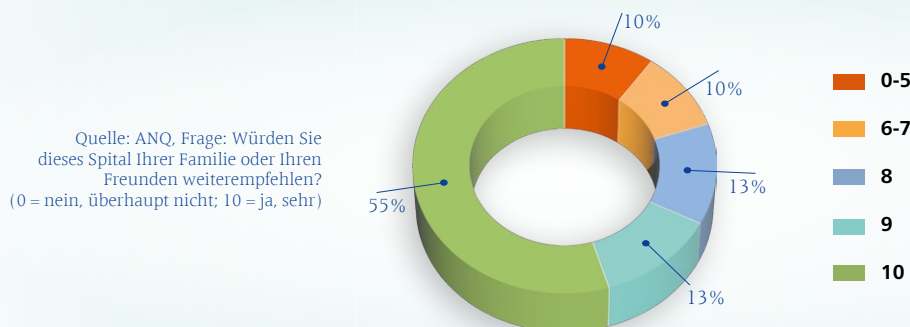
Grafik 3:  
**Beurteilung der Pflegequalität**  
(der Ärztinnen und Ärzte und des Pflegepersonals)



### Eltern von Kindern im Spital

Die Eltern der Kinder, die während des Erhebungszeitraums im Spital betreut wurden, scheinen mit der Behandlung ihrer Kinder sehr zufrieden zu sein, da über 80% das SZB ihrer Familie oder ihren Freunden weiterempfehlen würden. Tatsächlich gaben 81% der Befragten eine Bewertung zwischen 8 und 10 (10 ist das Maximum) ab. Allerdings würden 10% (mit einer Punktzahl von 0-5) die Empfehlung nicht aussprechen.

Grafik 4:  
Empfehlung des Spitals durch Patientinnen und Patienten



### Nationaler Vergleich

Im Vergleich mit Spitälern der gleichen Kategorie zeigt sich, dass die allgemeine Zufriedenheit der erwachsenen Patientinnen und Patienten im SZB leicht unter dem Durchschnitt liegt. Auch bei Frage 5 (Anhang) zeigt sich, dass das Spitalzentrum Biel den Spitalaustritt organisatorisch optimieren sollte, da der Wert unter dem Durchschnitt liegt. Diese Diskrepanzen lassen sich zum Teil durch bestimmte Herausforderungen erklären, die mit der Zweisprachigkeit in einem Spital verbunden sind. Betreffend der Möglichkeit, Fragen zu stellen, der Verständlichkeit der Antworten, der Information über Medikamente, die zu Hause eingenommen werden sollten, und der Dauer des Spitalsaufenthalts waren die Zahlen des SZB mit denen anderer Spitäler vergleichbar.

Wenn man die Antworten der Eltern von hospitalisierten Kindern betrachtet, sind die Ergebnisse des SZB deckungsgleich mit jenen anderer Spitäler.

### Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

#### Beschreibung

Das SZB ist wie über 470 andere Spitäler in Deutschland und der Schweiz Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Diese Initiative hat zwei Komponenten. Zum einen wird anhand von Qualitätsindikatoren ein Benchmark mit den anderen Mitgliedskrankenhäusern erstellt. Zum anderen wird ein Peer-Review-System eingerichtet. So kann ein Spital freiwillig eine Bewertung mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung beantragen. Im SZB sind derzeit zwei Mitarbeitende «Peer», zwei weitere befinden sich in der Ausbildung, um zur Qualitätsverbesserung beizutragen und ihr erworbenes Wissen weiterzugeben.

#### Ergebnisse der Indikatoren

Qualitätsindikatoren wichen bei vier von den erwarteten Werten ab, dies im Vergleich zu den anderen an der Initiative beteiligten Spitälern. Um diese Indikatoren zu verbessern, wurden sie im Rahmen der Qualitätskommission diskutiert. Anschliessend wurden sie an die betroffenen Kliniken weitergeleitet, damit diese Verbesserungsmaßnahmen einleiten konnten.

## Die Zertifizierungen und Akkreditierungen

Das Jahr 2023 war am SZB von Zertifizierungen geprägt. Zunächst wurden das Darmzentrum und das Prostatazentrum nach den von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) geforderten Kriterien zertifiziert. Mit diesen beiden Zertifizierungen wird die herausragende Leistung bei der Behandlung dieser spezifischen Krebsarten gewürdigt. Bei den Zertifizierungsaudits hoben die Gutachtenden die hohe Qualität hervor, insbesondere durch Schlussfolgerungen wie «Ich würde mich in diesem Zentrum behandeln lassen». Sie unterstrichen insbesondere das Fachwissen, die sehr gute interdisziplinäre Zusammenarbeit, die kontinuierliche Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems, die Entwicklung der Fallzahlen und das starke Engagement aller Beteiligten. Auch die Stroke Unit und die Intensivmedizin wurden im Berichtsjahr mit einem hervorragenden Ergebnis rezertifiziert.

Tabelle 2:  
Zertifizierung und Auszeichnungen

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

Um Patientinnen und Patienten zusätzlich zu ihrer Behandlung zu unterstützen, arbeitet das SZB eng mit Selbsthilfe Bern zusammen und setzt zahlreiche Massnahmen um. 2023 erlangt das SZB die Auszeichnung «Selbsthilfefreundliches Spital». Diese Auszeichnung wird durch Selbsthilfe Schweiz an Institutionen verliehen, welche die entsprechenden Qualitätskriterien erfüllen. Das SZB ist das erste Schweizer Spital der Akutsomatik, dass diese Auszeichnung für das gesamte Spital erhalten hat.

Aus Ressourcengründen beschloss die Geschäftsleitung, gewisse gemeinsame Aufgaben der Zentren (z.B. interne Audits) in der Abteilung für Qualitätsentwicklung zu belassen.

---

## Business Process Management

Das Prozessmanagement ist eine der Aufgaben der Qualitätsentwicklung. Es ist auch ein zentrales Element im Rahmen der Umsetzung des H+-Qualitätsvertrags. Der Leitfaden von H+ mit Empfehlungen an Spitäler und Kliniken im Rahmen des KVG Art. 58a beinhaltet u.a.:

- Die Einführung eines kontinuierlichen Prozesses der Planung (Plan), Entwicklung (Do), Überprüfung (Check) und Anpassung (Act) von Prozessen, medizinischen Leistungen, Dienstleistungen und Ergebnissen, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten und diese kontinuierlich zu verbessern.
- Das Klinische Risikomanagement, das die systematische Identifizierung, Analyse, Bewertung und Reduzierung von Risiken im Rahmen der medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie der Patientensicherheit erfordert.
- Die Behandlung von Nichtkonformitäten und unerwünschten Ereignissen.

---

Das Jahr 2024 wird durch das Inkrafttreten des Qualitätsvertrags von H+ geprägt sein. Diese Vereinbarung regelt die Umsetzung der KVG-Revision *Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit* gemäss Art. 58a KVG. Sie verlangt die Einführung eines zentralen Qualitätsmanagementsystems. Sie verlangt auch, dass das QMS ein systematisches Prozessmanagement beinhaltet, insbesondere in Bezug auf klinische Risiken oder unerwünschte Ereignisse.

Was die Massnahmen zur Qualitätsverbesserung betrifft, so sind diese in vier Handlungsfelder unterteilt:

1. Qualitätskultur
2. Patientensicherheit
3. Evidenzbasierte Entscheidungsfindung
4. Patientenzentriertheit

---

Die Qualitätsvereinbarung verlangt die Planung und Umsetzung einer bestimmten Anzahl von Massnahmen in jedem der oben genannten Bereiche. Diese Arbeit kommt zusätzlich zum Management von Prozessen und unerwünschten Ereignissen hinzu.

---

## Dokumentenmanagementsystem (DMS)

Das Jahr 2023 war ein entscheidendes Jahr für die elektronische Dokumentenverwaltung (DMS). Parallel zur Einführung einer neuen «Intranet»-Umgebung wurde auch die Dokumentenverwaltung auf diese Umgebung migriert. Dank Einbezug der Kliniken und der Unterstützung durch die Leitung Digital & Technology war die Migration ein Erfolg, und die verschiedenen Kliniken und Abteilungen des SZB können sich nun auf ein modernes und flexibles Tool stützen. Derzeit zählen wir über 70 DMS, auf denen rund 8800 Dokumente gespeichert sind.

---

# Die Qualitätsvision

Es wurde eine Vision für die Qualitätsverbesserung entwickelt und der Geschäftsleitung vorgestellt. Sie stützt sich auf die verschiedenen Aufgaben der Qualität und konzentriert sich auf die mittelfristig festgelegten Prioritäten. So werden für den Zeitraum 2024–2026 mehrere Massnahmen und Projekte zur Qualitätsverbesserung umgesetzt.

---

## Patientensicherheit und Qualität der Leistungen

### Das Critical Incidence Reporting System (CIRS)

Die Fehlerkultur und das CIRS müssen innerhalb des SZB besser verstanden und entwickelt werden. Eine Weiterentwicklung dieser Kultur erfordert unweigerlich deren Förderung, Kommunikation und die Einrichtung von Schulungsplattformen.

### Unterstützung von Analysegruppen

Um diese Kultur zu entwickeln, werden ein systematisches Management sowie eine Überwachung und Begleitung der Analysegruppen eingeführt. Das Kerngeschäft kann sich auf eine Begleitung der Qualitätsentwicklung bei der Umsetzung von Massnahmen zur Qualitätsverbesserung stützen, die aus der Analyse unerwünschter Ereignisse hervorgehen. Es soll wahrnehmen, dass ihre CIRS-Meldungen ernst genommen werden.

### Ausbildung

Um die Barrieren für die Nutzung der Plattform zur Meldung unerwünschter Ereignisse zu senken, werden die Mitarbeitenden des SZB in der Analyse dieser Ereignisse und in der Nutzung des Tools geschult. Es werden externe und interne Schulungen angeboten. Wenn verstanden und erkannt wird, dass seine Meldungen eine Wirkung entfalten, wird das Kerngeschäft motiviert, das Instrument auch wirklich zu nutzen.

### Medizinische Simulationen & Crew Resource Management (CRM)

Bis 2024 werden mehr als zwanzig Mitarbeitende des SZB in medizinischen Simulationen & CRM geschult worden sein. Auf der Grundlage dieses Fachwissens entwickelt das SZB mit Unterstützung der Qualitätsentwicklung eine Simulationskultur. Diese Unterstützung besteht insbesondere darin, das Kerngeschäft bei seinen Bedürfnissen im Hinblick auf die Einführung von Simulationen innerhalb des SZB sowie in der Kommunikation zu unterstützen, um dieses Thema regelmässig am Leben zu erhalten.

### Vigilanz Swissmedic

Das Vigilanzsystem wurde innerhalb des SZB harmonisiert und systematisiert (Materiovigilanz, Hämovigilanz, Pharmakovigilanz). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind geschult und für die Bedeutung dieser Vigilanz sensibilisiert. Dokumente und Prozesse sind vorhanden und bekannt.

### Dashboard mit Qualitätsindikatoren

Mithilfe unseres Management-Informationssystems (oder MIS) entwickelt die Qualitätsentwicklung automatisierte Indikatoren, die für die Steuerung der Qualität im SZB notwendig sind. Diese Automatisierung soll dem Kerngeschäft wertvolle Ressourcen ersparen und sicherstellen, dass die Indikatoren jederzeit auf dem neuesten Stand sind. Sie können allgemein für das gesamte Spital (z. B. Sturz und Dekubitus) oder spezialisierter sein, je nach den spezifischen Bedürfnissen und Zielen der Kliniken.

## Patientenerfahrung

### Espace Dialog & Mediation

Der Espace Dialog & Mediation sammelt Beschwerden, analysiert sie und leitet routinemässig Massnahmen zur Qualitätsverbesserung ein. Bei Bedarf werden Mediationen zwischen Patientinnen, Patienten und Mitarbeitenden des SZB organisiert. Darüber hinaus wird der Espace Dialog & Mediation auch genutzt, um interne Konflikte unter Mitarbeitenden zu lösen.

### Fragebogen zur Zufriedenheit

Ein wissenschaftlich validierter Fragebogen zur Zufriedenheit (Patient-reported experience measures; PREMS) wird systematisch an Patientinnen und Patienten des SZB verschickt. Dieser ermöglicht es, verbesserungswürdige Punkte in der Betreuung zu identifizieren. Er entspricht auch den neuen Vorschriften zur Qualitätsentwicklung.

## Document Management System (DMS)

Die Qualität und Nachhaltigkeit der im DMS veröffentlichten Dokumente kann nur mit der Unterstützung eines Systemgaranten sichergestellt werden. Diese Person muss auch in der Lage sein, die verschiedenen Bereiche des Spitals bei Bedarf zu unterstützen und die Nutzung sowie Veröffentlichung von Informationen im DMS zu fördern. Durch diese Zentralisierung stellt die Qualitätsentwicklung sicher, dass sich die Nutzerinnen und Nutzer an das DMS halten und dass die veröffentlichten Dokumente einheitlich sind.

## Qualitätsvertrag H+

Mit dem neuen Artikel 58a KVG wurde kürzlich der Grundsatz der Qualitätsentwicklung im Gesetz verankert. Daher hat H+ einen Qualitätsvertrag erarbeitet, der von den Spitalern eingehalten und vom Bundesrat noch validiert werden muss. Diese Vereinbarung legt in den folgenden Bereichen neue Anforderungen fest:

- [Qualitätskultur](#)
- [Patientenzufriedenheit](#)
- [Patientensicherheit](#)
- [Evidenzbasierte Entscheidungsfindung](#)

Der Qualitätsvertrag legt Mindestanforderungen für die Einrichtung eines Qualitätsmanagementsystems und die Anzahl der umzusetzenden Verbesserungsmaßnahmen fest. Nachdem der Bundesrat diese Vereinbarung genehmigt haben wird, haben die Spitäler ein Jahr Zeit, um die geforderten Massnahmen umzusetzen. Das Thema wird somit für die Abteilung für Qualitätsentwicklung in den Jahren 2024 und 2025 eine Priorität darstellen. Die Abteilung für Qualitätsentwicklung stellt sicher, dass das SZB die nationalen Anforderungen erfüllt, und leitet bei Bedarf eine Anpassung ein.

# Anhang

## Nationale Patientenbefragung ANQ

Die Patientenzufriedenheit – die Beurteilung der Leistung eines Spitals durch seine Patientinnen und Patienten – ist ein wichtiger, anerkannter Qualitätsindikator. Die Erhebung der externen Patientenzufriedenheit erfolgt im SZB mit dem vom Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) entwickelten Kurzfragebogen. Berücksichtigt werden alle Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre) mit mindestens 24 Stunden Aufenthalt im Spital, die jeweils im Monat April aus dem SZB ausgetreten sind.

## Zufriedenheit erwachsener Patientinnen und Patienten

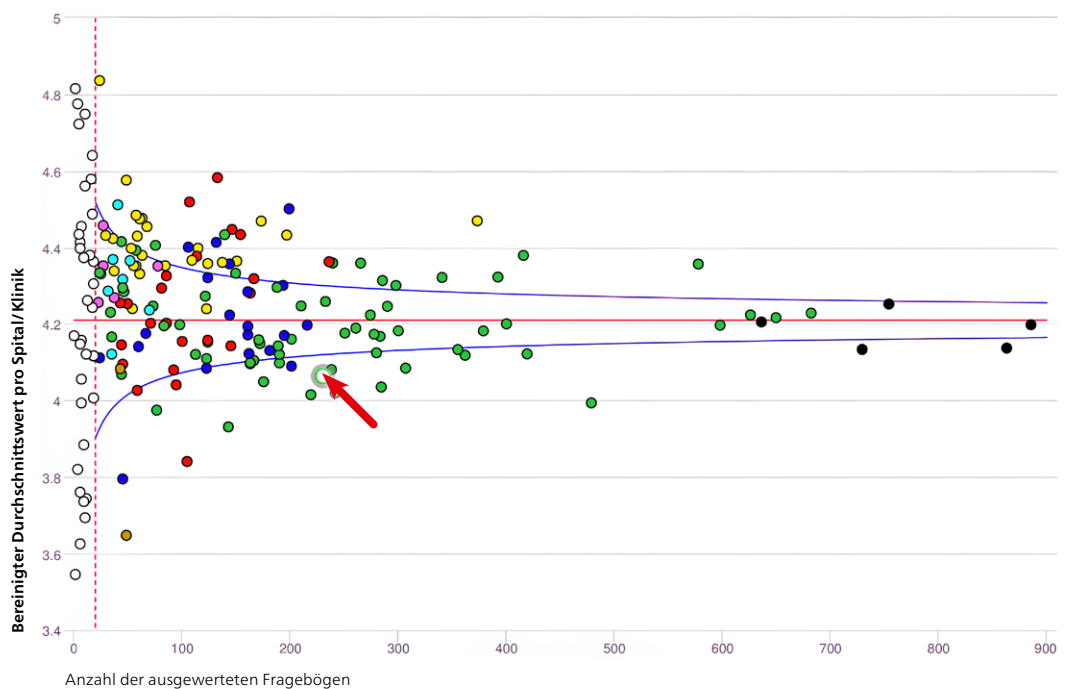
(SZB mit rotem Pfeil gekennzeichnet)

### Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege (von Ärzten und Pflegepersonal)?

1 = negativste Antwort, 5 = positivste Antwort

**Anmerkung:**  
Das SZB liegt unter dem Gesamtdurchschnitt der Krankenhäuser. Um dieses Ergebnis zu verbessern, führt das SZB einen Fragebogen zur Zufriedenheit ein, der systematisch verschickt wird. Dieser Fragebogen (PREMS) wird es ermöglichen, gezielte Verbesserungsmaßnahmen zu ergreifen.

- Grenzwert -95%
- Grenzwert +95%
- Durchschnitt des Gesamtkollektivs
- Mittelwert pro Spital/Klinik

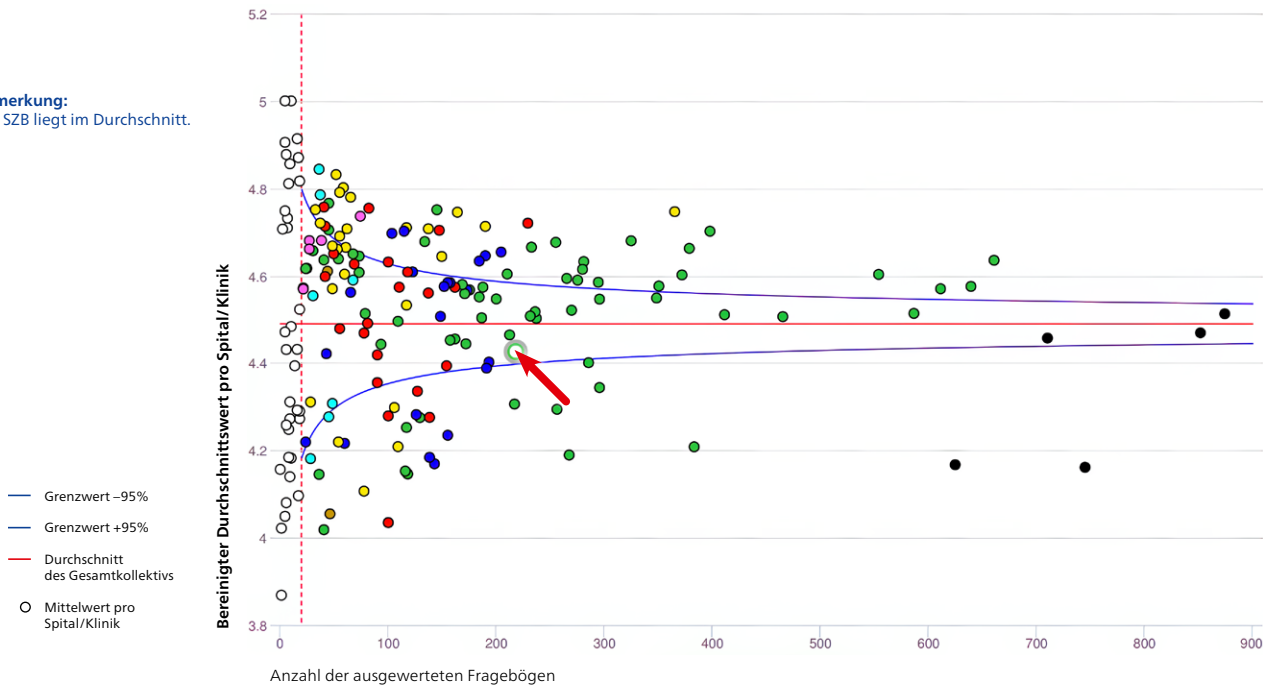




### Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?

1 = negativste Antwort, 5 = positivste Antwort

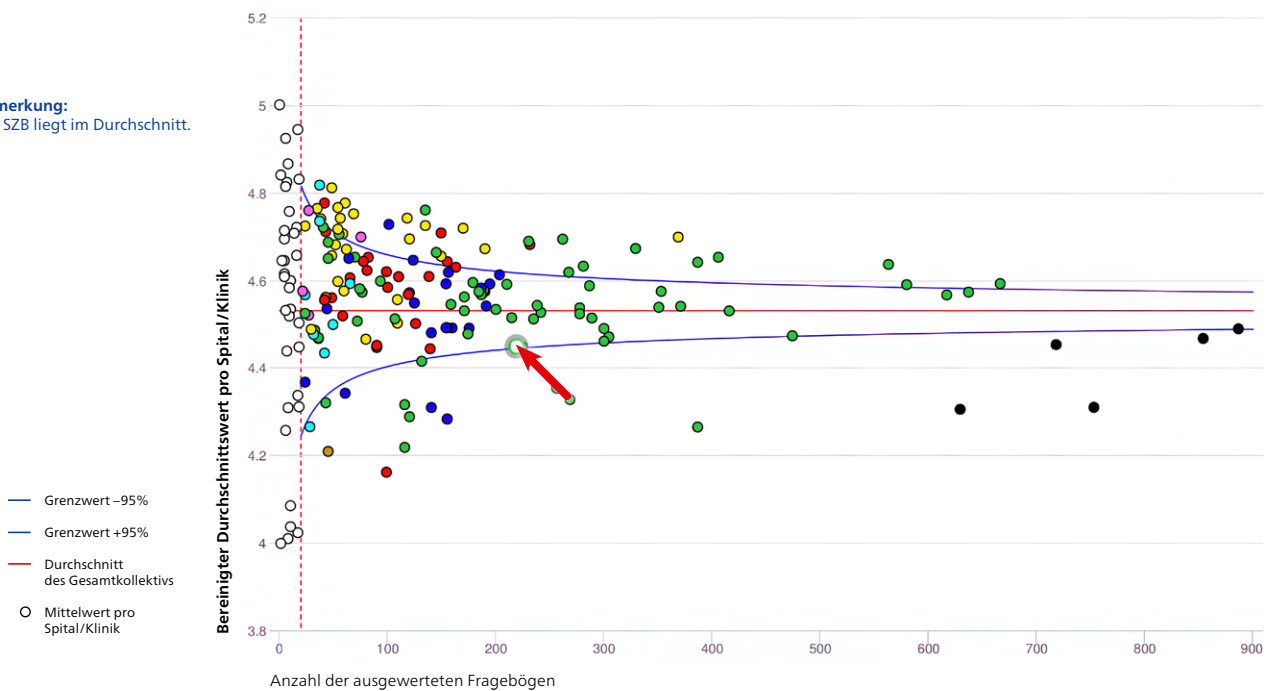
**Anmerkung:**  
Das SZB liegt im Durchschnitt.



### Haben Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen erhalten?

1 = negativste Antwort, 5 = positivste Antwort

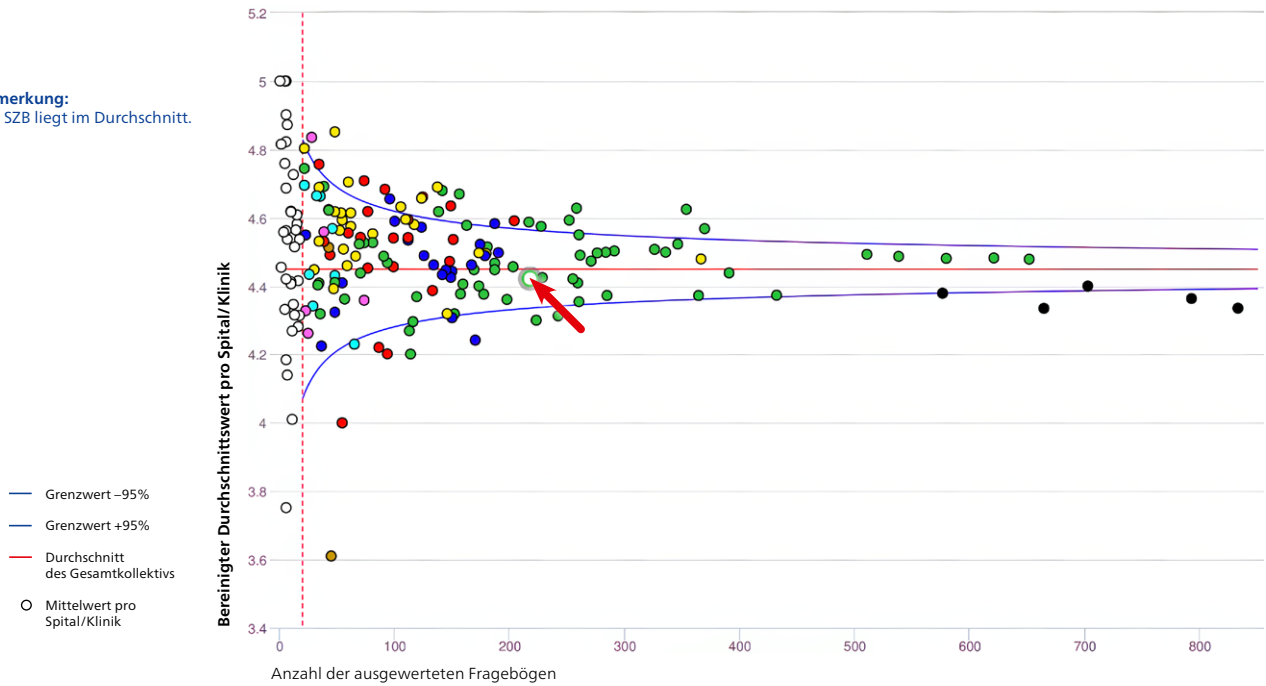
**Anmerkung:**  
Das SZB liegt im Durchschnitt.



### Wurde Ihnen auf verständliche Weise erklärt, wozu die Medikamente dienen, die Sie zu Hause einnehmen müssen?

1 = negativste Antwort, 5 = positivste Antwort

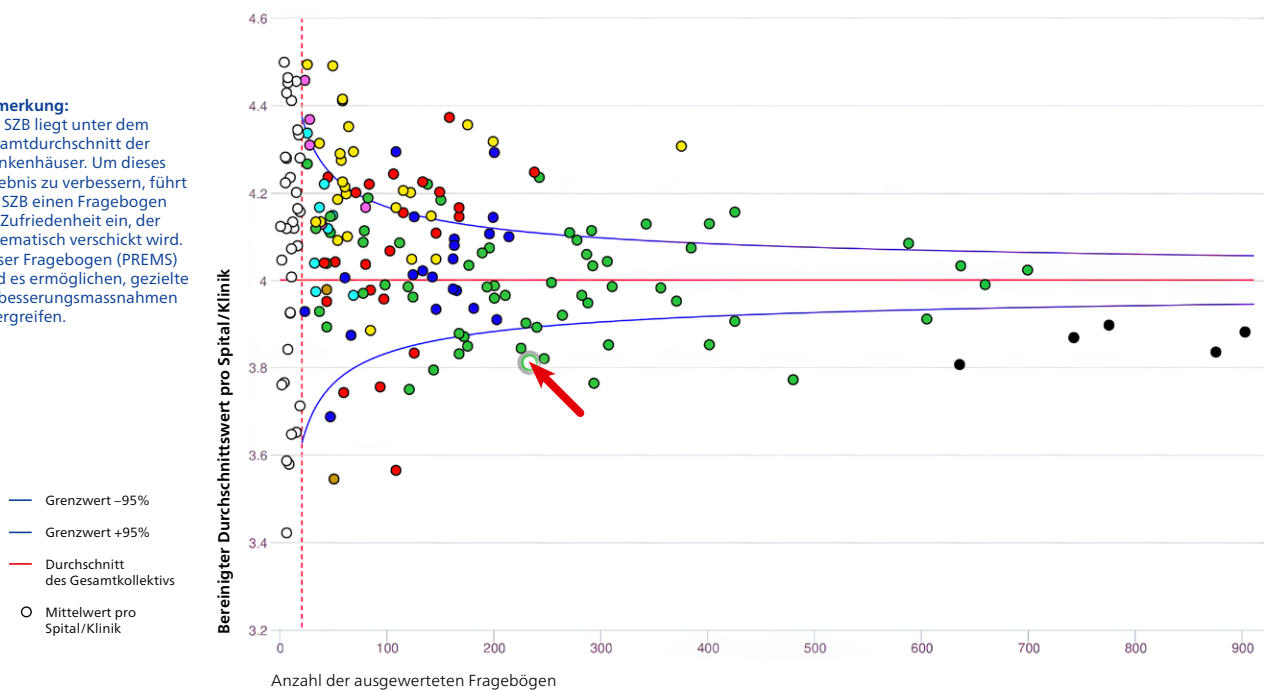
**Anmerkung:**  
Das SZB liegt im Durchschnitt.



### Wie war die Organisation Ihrer Entlassung aus dem Spital?

1 = negativste Antwort, 5 = positivste Antwort

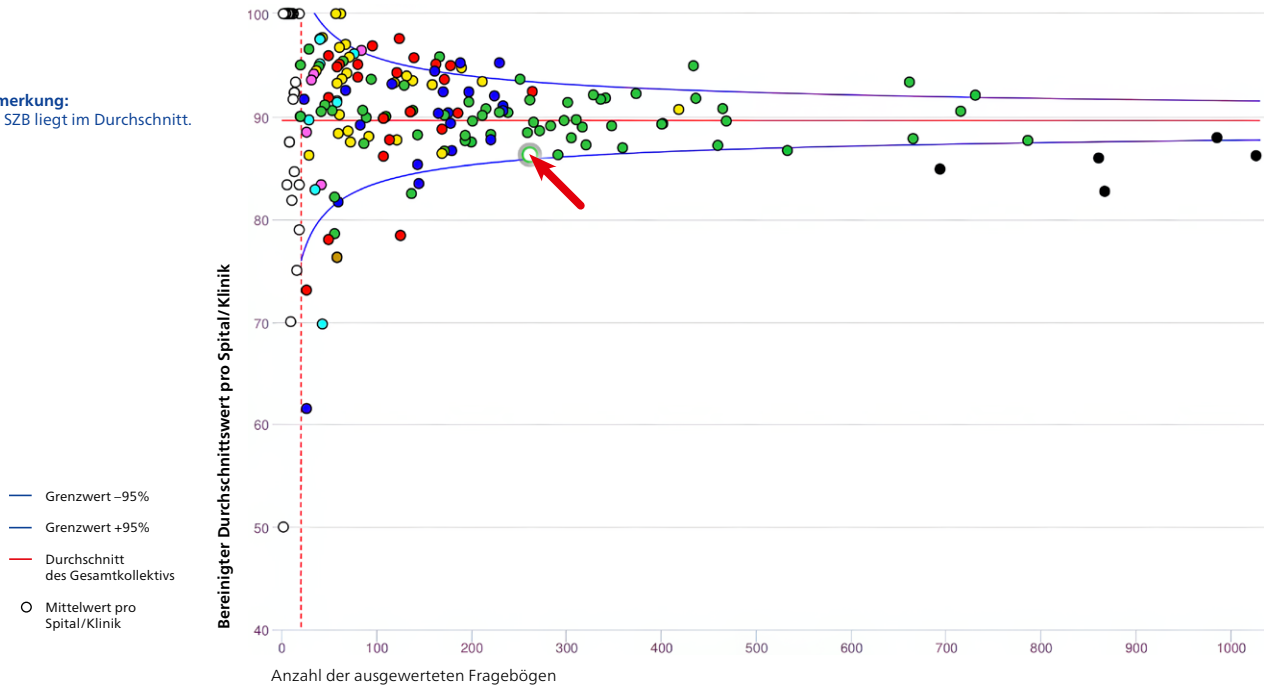
**Anmerkung:**  
Das SZB liegt unter dem Gesamtdurchschnitt der Krankenhäuser. Um dieses Ergebnis zu verbessern, führt das SZB einen Fragebogen zur Zufriedenheit ein, der systematisch verschickt wird. Dieser Fragebogen (PREMS) wird es ermöglichen, gezielte Verbesserungsmaßnahmen zu ergreifen.



### Wie haben Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts empfunden?

1 = negativste Antwort, 5 = positivste Antwort

Anmerkung:  
Das SZB liegt im Durchschnitt.



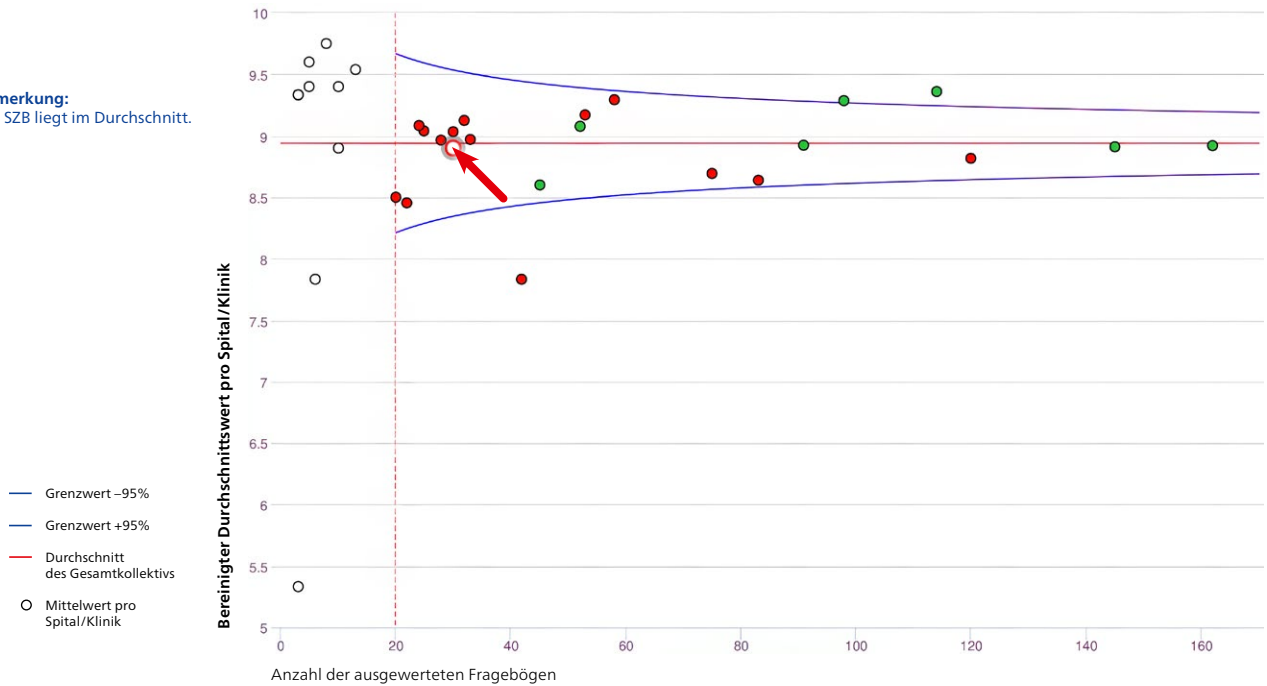
## Zufriedenheit der Eltern von hospitalisierten Kindern

(SZB mit rotem Pfeil gekennzeichnet)

### Würden Sie dieses Spital Ihrer Familie oder Ihren Freunden empfehlen?

1 = Nein, sicher nicht, 10 = Ja, sicher

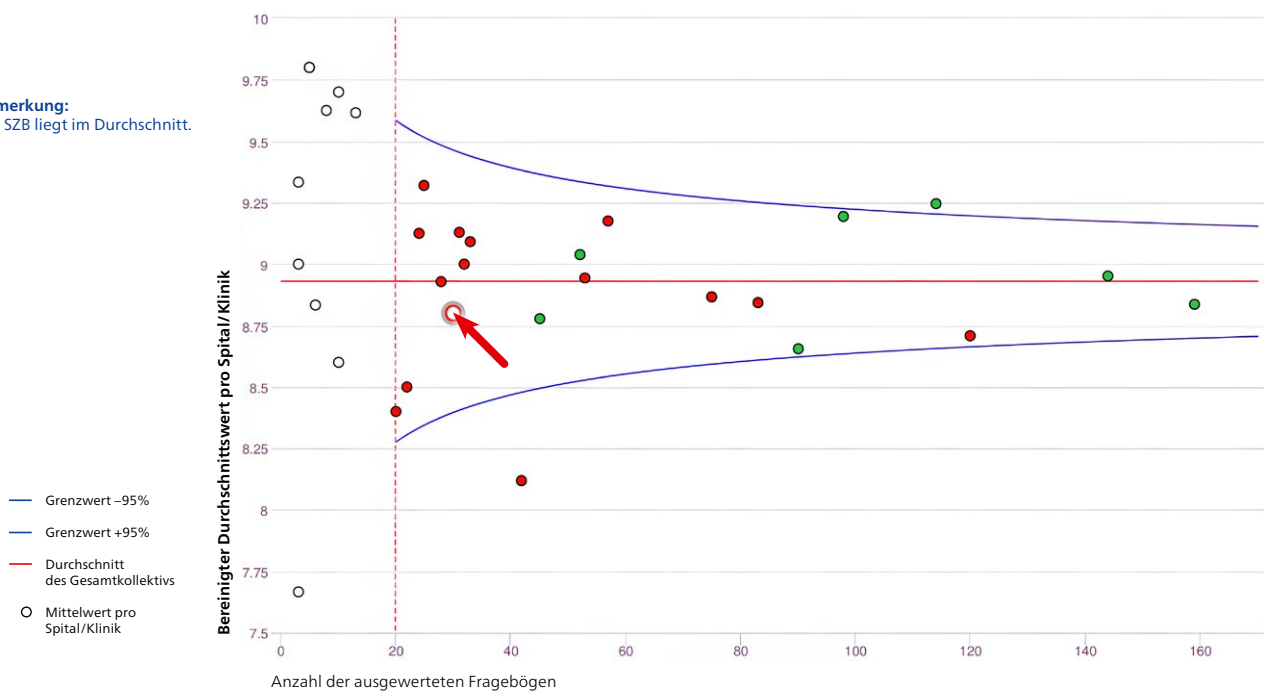
Anmerkung:  
Das SZB liegt im Durchschnitt.



### Wie beurteilen Sie die Behandlung, die Ihr Kind im Spital erhalten hat?

0 = sehr schlecht; 10 = hervorragend

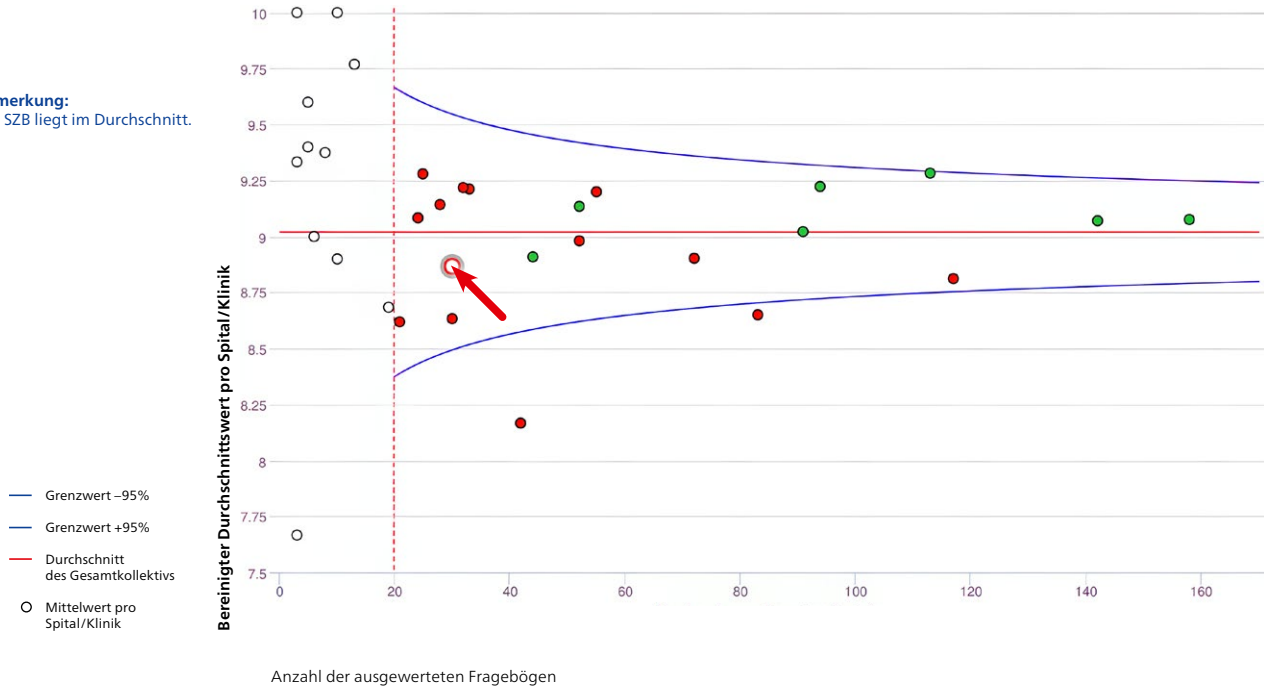
Anmerkung:  
Das SZB liegt im Durchschnitt.



### Wenn Sie einem Arzt/einer Ärztin wichtige Fragen zu Ihrem Kind gestellt haben, haben Sie dann Antworten erhalten, die für Sie verständlich waren?

0 = Nein, nie; 10 = Ja, immer

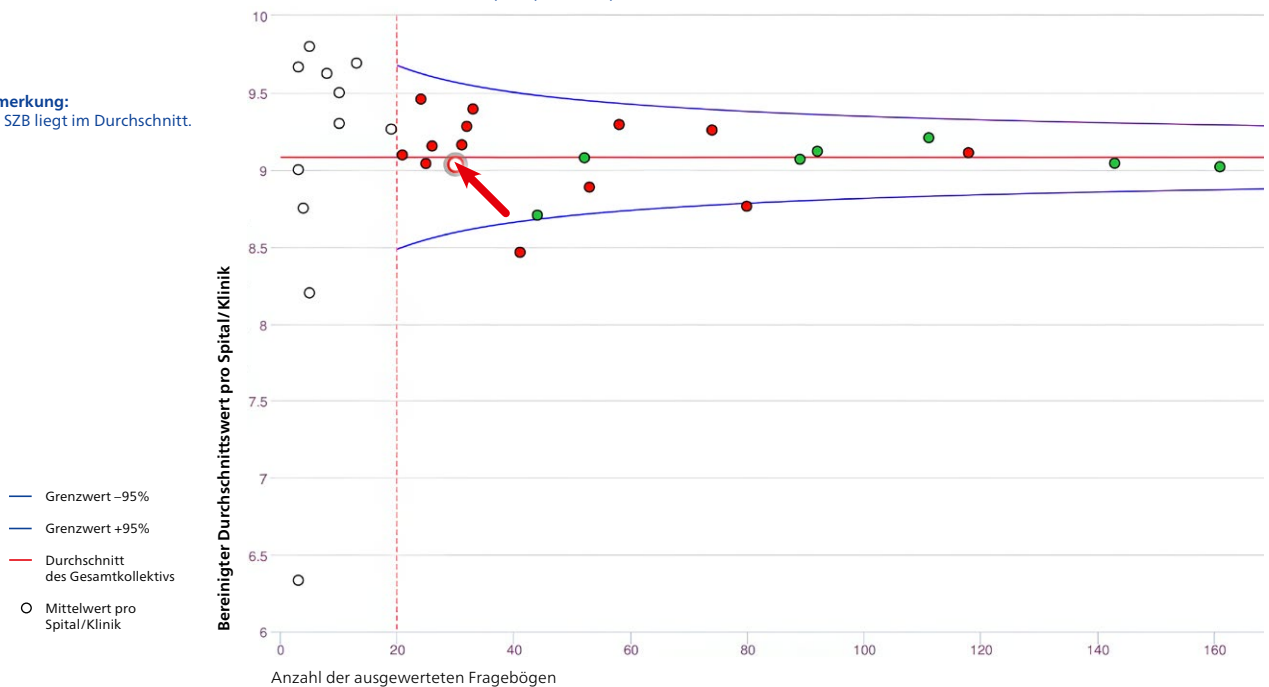
**Anmerkung:**  
Das SZB liegt im Durchschnitt.



### Wenn Sie einem/r Pfleger/in wichtige Fragen zu Ihrem Kind gestellt haben, haben Sie dann verständliche Antworten erhalten?

0 = Nein, nie; 10 = Ja, immer

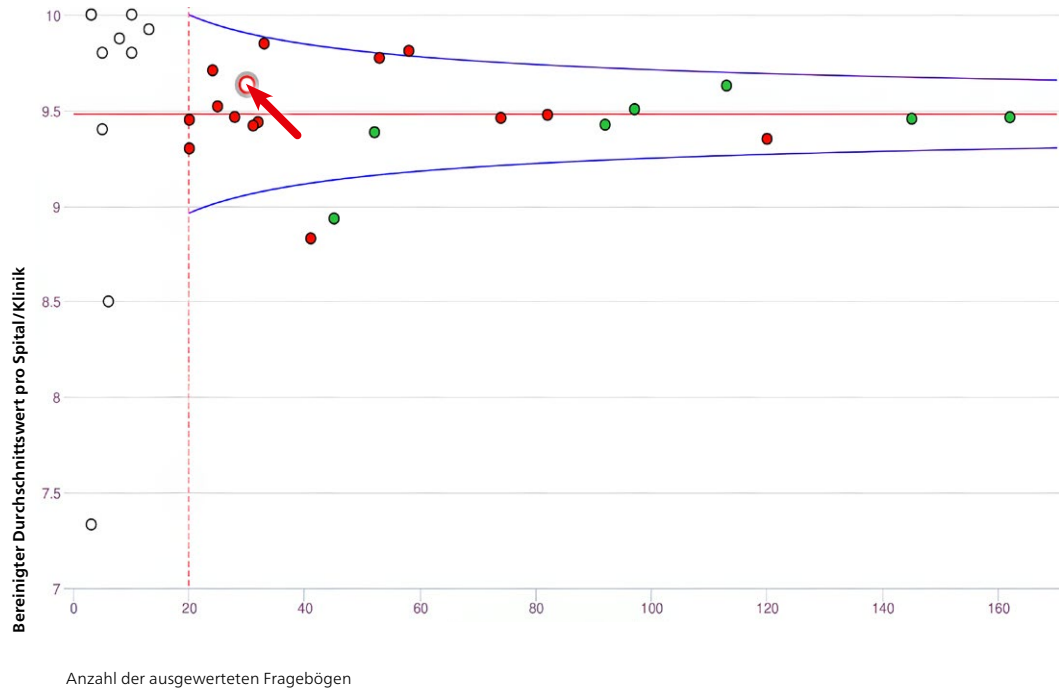
**Anmerkung:**  
Das SZB liegt im Durchschnitt.



### Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthalts mit Respekt und Würde behandelt?

0=Nein, nie; 10=Ja, immer

**Anmerkung:**  
Das SZB liegt im Durchschnitt.

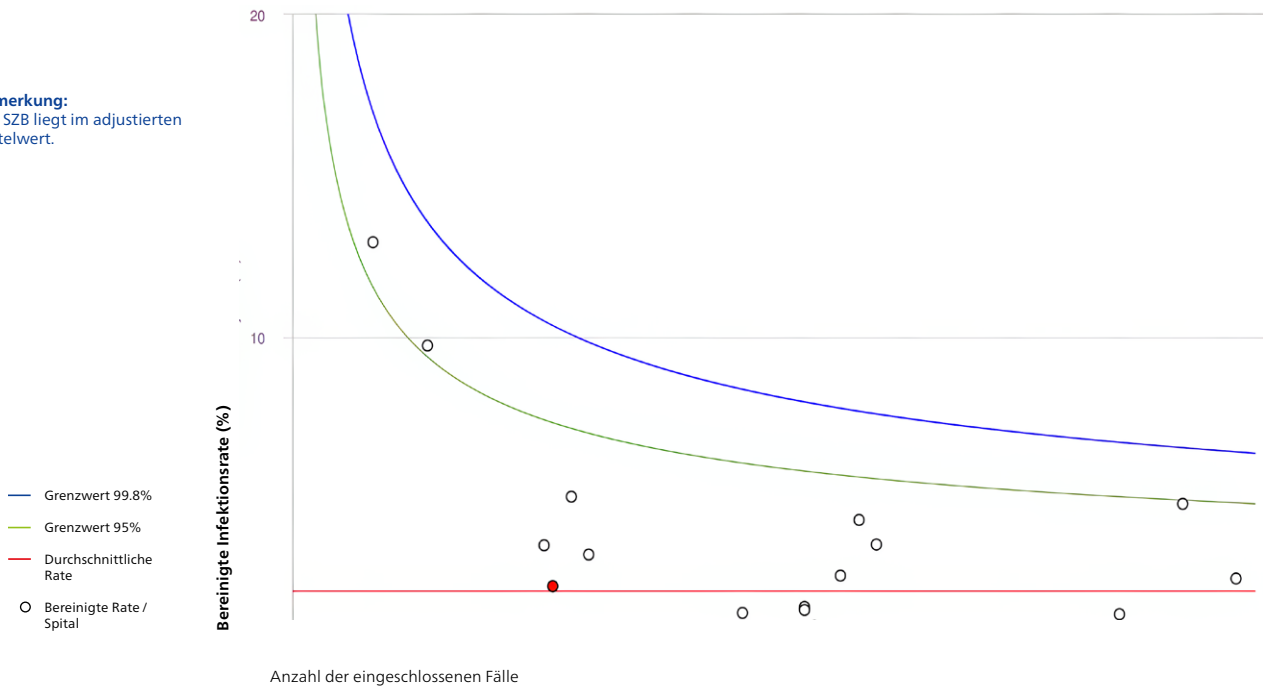


# Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss Swissnoso

(SZB in rot)

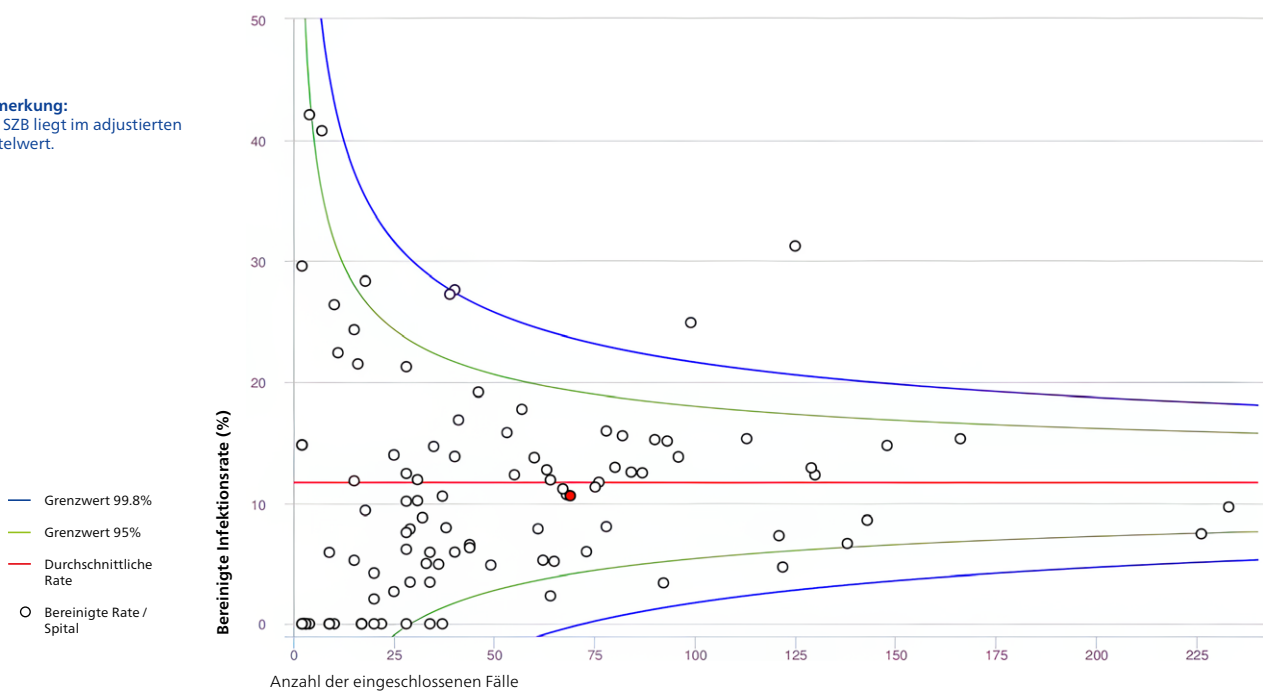
## Appendektomie bei Kindern unter 16 Jahren

**Anmerkung:**  
Das SZB liegt im adjustierten Mittelwert.



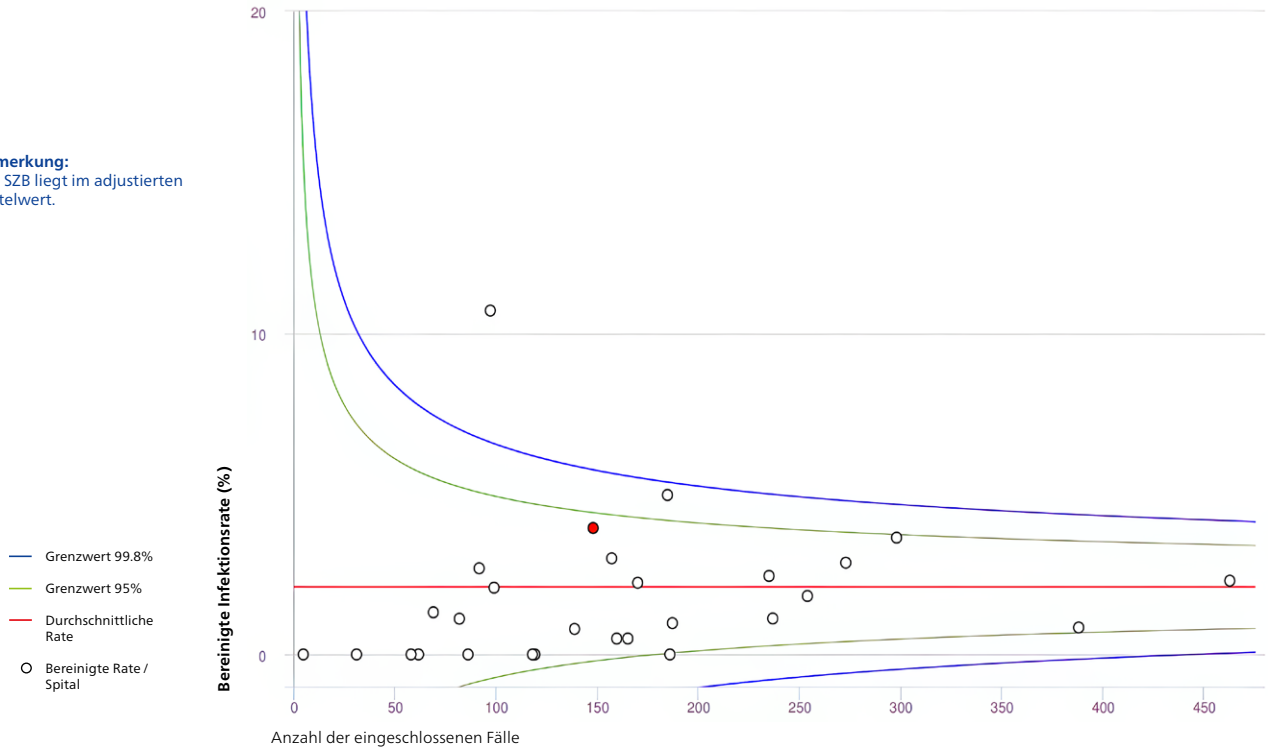
## Bereinigte Infektionsrate bei Dickdarmoperationen

**Anmerkung:**  
Das SZB liegt im adjustierten Mittelwert.



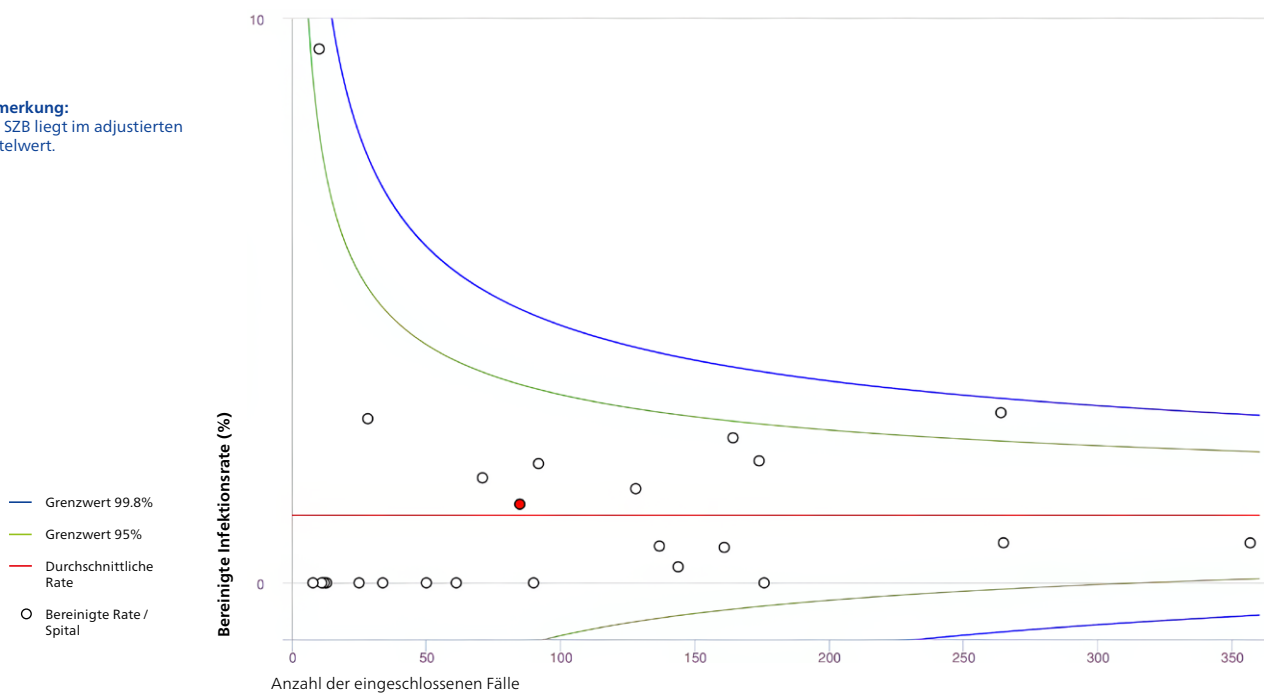
### Bereinigte Infektionsrate für Kaiserschnitte

**Anmerkung:**  
Das SZB liegt im adjustierten Mittelwert.



### Bereinigte Infektionsrate bei Laminektomie ohne Implantat

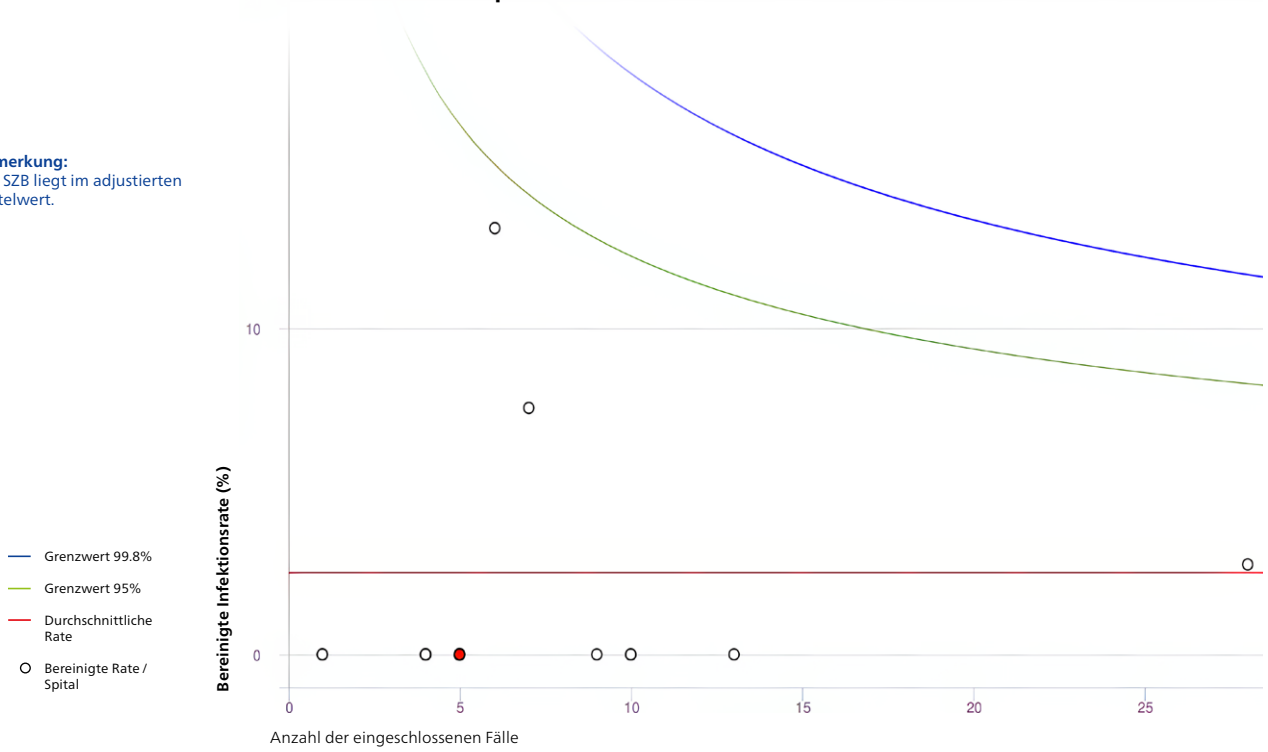
**Anmerkung:**  
Das SZB liegt im adjustierten Mittelwert.





### Bereinigte Infektionsrate bei Laminektomie mit Implantat

**Anmerkung:**  
Das SZB liegt im adjustierten Mittelwert.

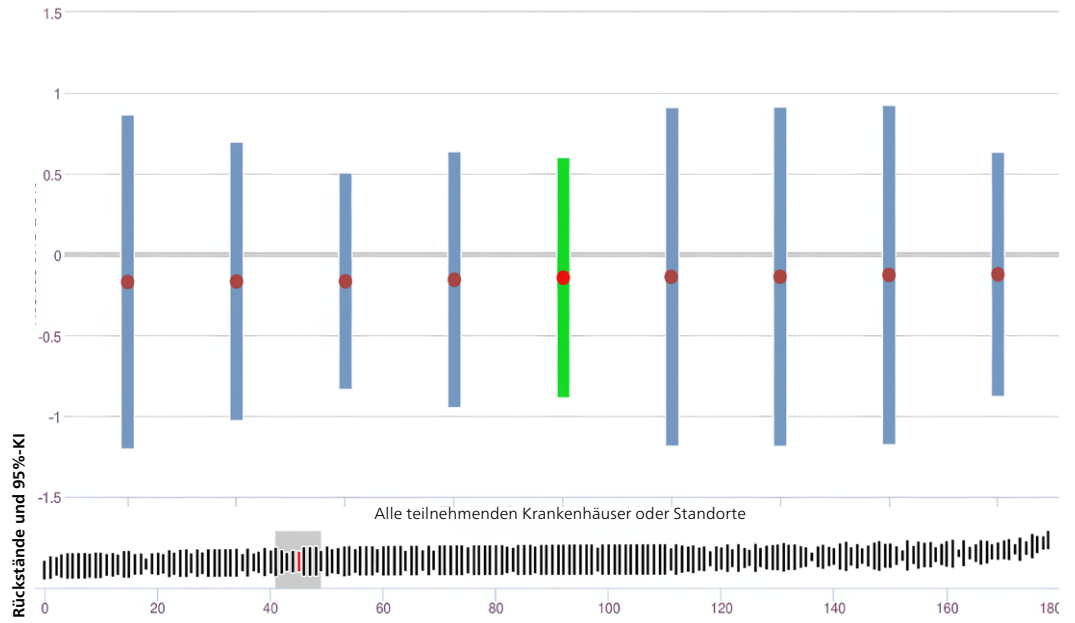


## Sturz und Dekubitus

(SZB in grün)

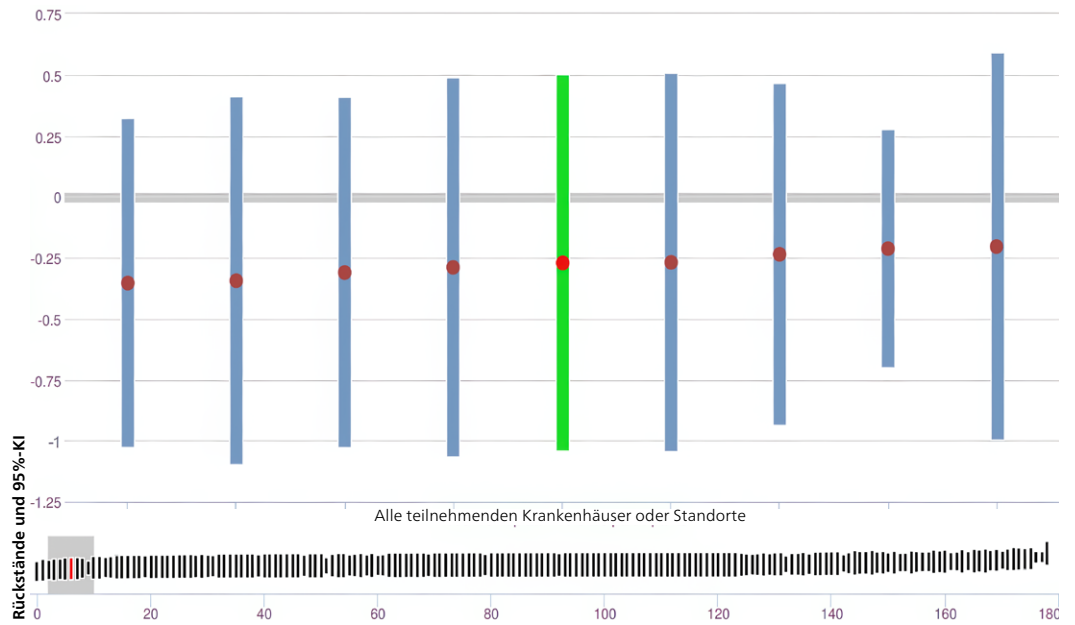
### Dekubitus Kategorie 1 und höher

**Anmerkung:**  
Das SZB liegt im Durchschnitt



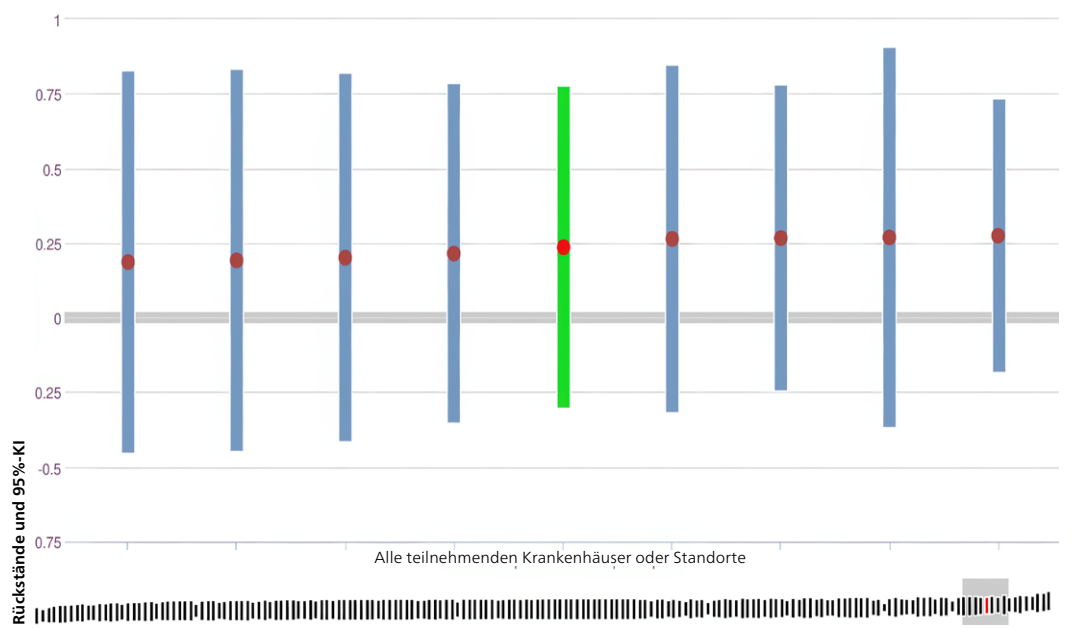
### Dekubitus Kategorie 2 und höher

Anmerkung:  
Das SZB liegt im Durchschnitt



### Stürze

Anmerkung:  
Das SZB liegt im Durchschnitt



## Ungeplante Neuaufnahmen 2021

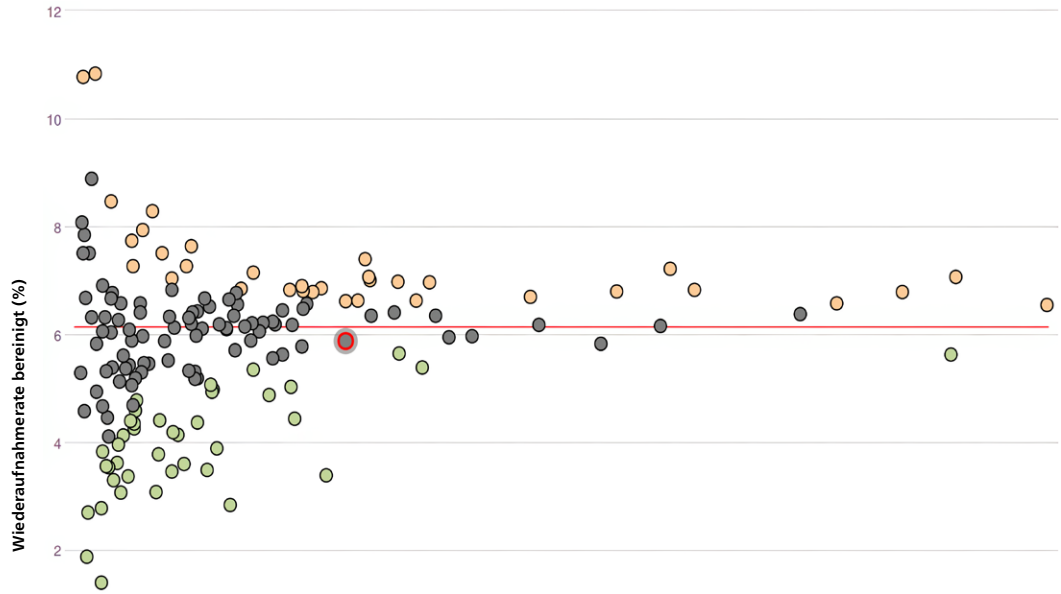
(SZB in rot)

**Anmerkung:**

Das SZB liegt bei den Wiederaufnahmen auf Spitalebene im Mittelfeld. Diese Schlussfolgerung gilt auch für die bereichsspezifischen Messungen, d. h. für die Kohorten:

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

Diese Maßnahme wurde 2022 gestoppt und die Berechnungsmethode wird aktualisiert werden.

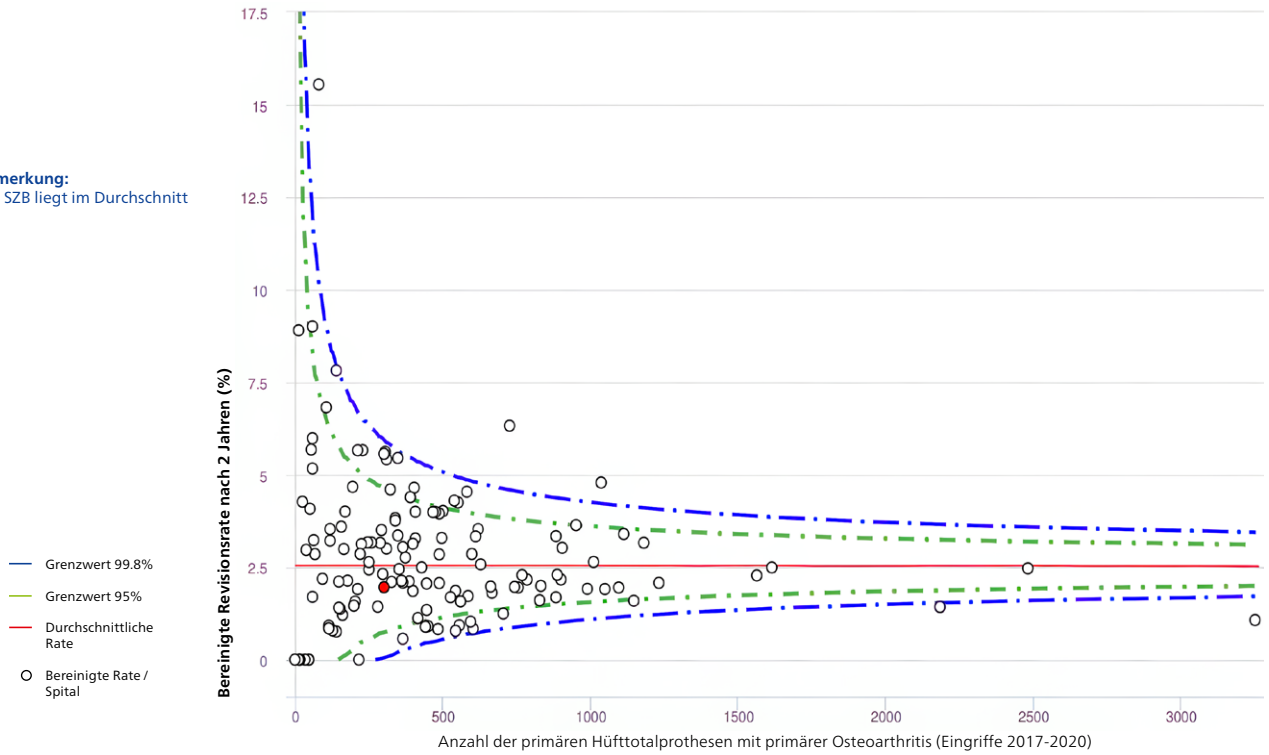


## SIRIS 2022 Implantat-Register

(SZB in rot)

### 2-Jahres-Revisionsrate für Hüftprothesen

**Anmerkung:**  
Das SZB liegt im Durchschnitt



### 2-Jahres-Revisionsrate für Knieprothesen

**Anmerkung:**  
Das SZB liegt im Durchschnitt

