

## Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

28.05.2025  
Julia, Hillebrandt

Version 3



Klinik Lengg AG

[www.kliniklengg.ch](http://www.kliniklengg.ch)



Akutsomatik



Rehabilitation

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2024.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen sind im Inhaltsverzeichnis alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Die Risikoadjustierung oder Risikobereinigung ist ein statistisches Verfahren, um Qualitätsindikatoren für Unterschiede im Patientengut der Spitäler (z.B. im Case Mix und Behandlungsangebot) zu korrigieren. Um Spitäler trotz solcher Unterschiede ihrer Patient:innen hinsichtlich ihrer erbrachten Qualität schweizweit vergleichen zu können, müssen die Indikatoren für bestimmte Patientenrisikofaktoren adjustiert werden.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuell verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

## Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

## Kontaktperson Qualitätsbericht 2024

Renate Steden  
Qualitätsmanagerin  
0443876221  
[renate.steden@kliniklengg.ch](mailto:renate.steden@kliniklengg.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Die H+ Qualitätsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten, die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) dargestellt werden können. Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei.

Die Herausforderungen bleiben weiterhin vielfältig für die Spitäler und Kliniken. Sie müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen. Der Personalmangel und nicht-kostendeckende Tarife waren für H+ und die Spitäler weiterhin ein grosses Thema. Anfang November 2024 wurde das ambulante Gesamt-Tarifsystem dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Viele Spitäler und Kliniken haben das Projekt bereits gestartet und erste Schritte erledigt.

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den Qualitätsvertrag (QV58a) zwischen curafutura, santésuisse und H+ genehmigt (vgl. [Medienmitteilung des Bundesrates](#)) und diesen per sofort in Kraft gesetzt. Der QV58a legt klare Regeln für eine verbindliche und transparente Qualitätsentwicklung fest; er gilt gesamtschweizerisch für alle Spitäler und Kliniken.

H+ hat einen analogen Qualitätsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: [www.hplus.ch](https://www.hplus.ch) – Qualität – Qualitätsvertrag. Als Publikationsort wurde die Plattform [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdokumentation vorgenommen. Ab der Vorlage 2025 werden dann diese Angaben zur Qualitätsentwicklung automatisch in den H+ Qualitätsbericht integriert.

Der Qualitätsbericht 2024 ist wiederum aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Im aktuellen Qualitätsbericht können zudem erstmalig die IQM Peer Review Verfahren aufgeführt werden.

Die bisherige Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wird künftig abgelöst. Auf Initiative der Spitäler und Kliniken, ist der ANQ daran andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen und weiterzuentwickeln. Das Ziel ist, künftig klinische Routinedaten und somit Daten aus den elektronischen Patientendokumentationen nutzbar zu machen, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen.

Im H+ Qualitätsbericht sind jeweils neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](https://www.anq.ch).

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt. Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt diesen Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum .....</b>	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen .....</b>	<b>3</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements .....</b>	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie .....</b>	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten .....</b>	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	22
4.5 Registerübersicht .....	23
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	24
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN .....</b>	<b>25</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen .....</b>	<b>26</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit .....</b>	<b>26</b>
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene .....	26
5.2 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Rehabilitation – Erwachsene .....	28
5.3 Eigene Befragung .....	29
5.3.1 Kontinuierliche Austrittsbefragung aller Patient:innen .....	29
5.4 Beschwerdemanagement .....	29
<b>6 Angehörigenzufriedenheit .....</b>	<b>30</b>
Die stationäre Austrittsbefragung kann auch durch Angehörige ausgefüllt werden.	
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit .....</b>	<b>30</b>
7.1 Eigene Befragung .....	30
7.1.1 Mitarbeitendenzufriedenheitsbefragung mit Schwerpunkt BGM2024 .....	30
<b>8 Zuweiserzufriedenheit .....</b>	<b>31</b>
8.1 Eigene Befragung .....	31
8.1.1 Zuweiserzufriedenheitsbefragungen 2024 .....	31
<b>Behandlungsqualität .....</b>	<b>32</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik .....</b>	<b>32</b>
<b>9 Wiedereintritte .....</b>	<b>32</b>
9.1 Eigene Messung .....	32
9.1.1 Erfassung der Rückverlegungen ins Akutspital .....	32
<b>10 Operationen .....</b>	<b>33</b>
Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
<b>11 Infektionen .....</b>	<b>33</b>
11.1 Eigene Messung .....	33
11.1.1 Anzahl Patientinnen und Patienten mit Isolationsmassnahmen .....	33
<b>12 Stürze .....</b>	<b>34</b>
12.1 Eigene Messung .....	34
12.1.1 Systematisches Sturzmanagement .....	34
<b>13 Dekubitus .....</b>	<b>35</b>
13.1 Eigene Messungen .....	35
13.1.1 Dekubitus-Dokumentation .....	35
<b>Messungen in der Psychiatrie .....</b>	<b>0</b>

<b>14</b>	<b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>15</b>	<b>Symptombelastung psychischer Störungen</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
	<b>Messungen in der Rehabilitation</b>	<b>36</b>
<b>16</b>	<b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b>	<b>36</b>
16.1	Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation	36
16.2	Eigene Messung	37
16.2.1	Globales Rehabilitationsziel bei Eintritt und Evaluation der Zielerreichung bei Austritt	37
	<b>Weitere Qualitätsaktivitäten</b>	<b>0</b>
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b>	
	Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b>	<b>38</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	38
18.1.1	Digitale Vitalzeichenerfassung	38
18.1.2	Reha Coach	38
18.1.3	Digitale Dokumentenlenkung	39
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024	40
18.2.1	Qumea - proaktive Alarmierung bei sturzgefährdeten Patient:innen	40
18.2.2	Weiterentwicklung CIRS - Kultur und Kompetenzen	40
18.2.3	Lernende Organisation - Konzept und Schulungen	41
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	42
18.3.1	SIWF - Zertifizierte Weiterbildungsstätte	42
18.3.2	SGKN - Zertifizierte Weiterbildungsstätte für EEG	43
18.3.3	SGSSC - Rezertifizierung Schlafmedizin	43
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b>	<b>44</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b>	<b>45</b>
	Akutsomatik	45
	Rehabilitation	45
	<b>Herausgeber</b>	<b>47</b>

# 1 Einleitung

Die Klinik Lengg AG ist ein Unternehmen der Schweizerischen Epilepsie-Stiftung und der Stiftung Kliniken Valens.

Schweizerische Epilepsie-Stiftung: Seit 1886 hat die Schweizerische Epilepsie-Stiftung als gemeinnützige Organisation Dienstleistungen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen erbracht, wobei das Hauptaugenmerk auf Menschen mit Epilepsie liegt. Auch heute noch bleibt die Stiftung ihrem Ziel treu, die Integration von Menschen mit Epilepsie in die Gesellschaft zu verbessern. Sie strebt an, Vorurteile gegenüber Epilepsie in der Öffentlichkeit abzubauen und ein wachsendes Verständnis für Betroffene und ihre Krankheit zu fördern. Seit 138 Jahren setzt sich die EPI Stiftung dafür ein und wird dies auch in Zukunft tun.

Stiftung Kliniken Valens: Die Kliniken Valens und die Zürcher RehaZentren wurden 2023 fusioniert und sind nun gemeinsam der grösste Rehabilitationsanbieter in der Schweiz mit mehr als 800 Betten und rund 2200 Mitarbeitenden. Alle Standorte arbeiten mit bewährten Konzepten und Programmen, die wissenschaftlich begründet sind und kontinuierlich weiterentwickelt werden. Seit der Eröffnung im Jahr 2014 bietet die Klinik Lengg als weiterer Standort der Kliniken Valens, ehemals Zürcher RehaZentren, auch eine wohnortnahe ambulante sowie stationäre neurologische Rehabilitation in der Stadt Zürich an.

Unsere Priorität liegt darin, eine persönliche Atmosphäre zu schaffen und gleichzeitig höchste medizinische Qualität zu gewährleisten. Wir pflegen ständigen Austausch mit unseren Patientinnen und Patienten, um kontinuierlich unsere Leistungen zu reflektieren. Die Überprüfung und Verbesserung der Qualität unserer Behandlungen ist in den Prozessen unserer interdisziplinären Teams, bestehend aus Ärzteschaft, Therapeutinnen, Therapeuten und Pflegenden, fest verankert. Wir betrachten den Qualitätsanspruch als wesentlichen Bestandteil unserer Führungsprinzipien und stimmen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse regelmässig ab, messen sie und verbessern sie kontinuierlich.

Die Klinikdirektion

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

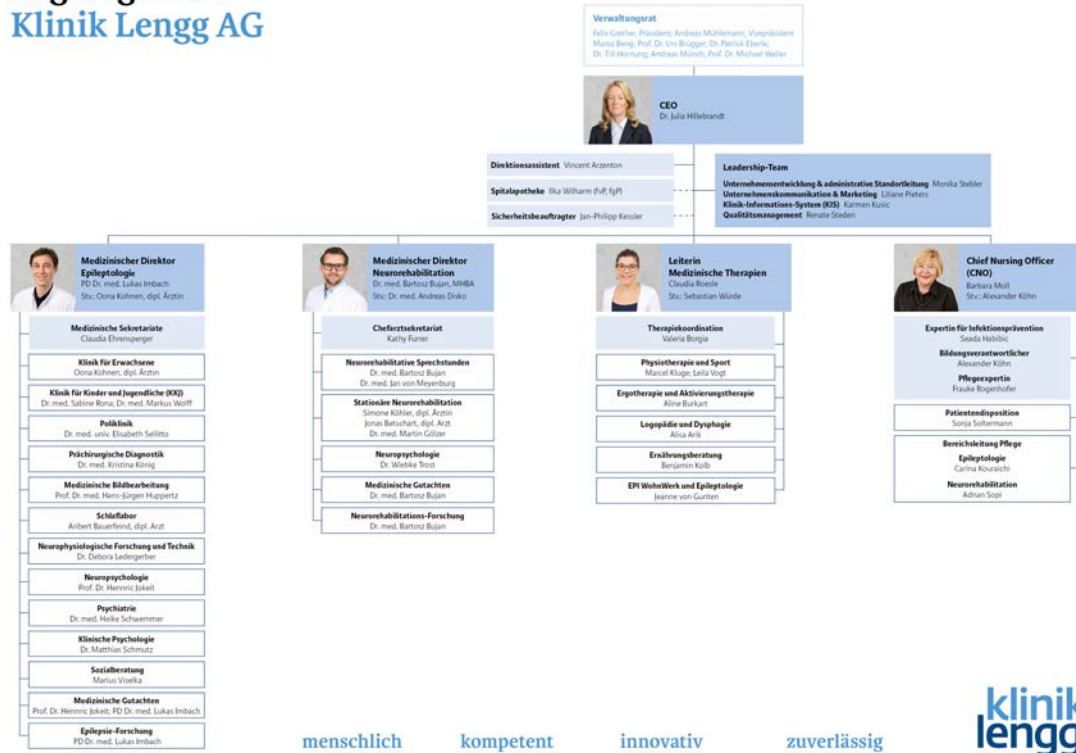


## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

#### Organigramm Klinik Lengg AG

Stand 01.02.2025



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **60** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Renate Steden

Qualitätsmanagerin

0443876221

[renate.steden@kliniklengg.ch](mailto:renate.steden@kliniklengg.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Die Klinik Lengg ist als Kompetenzzentrum für Epileptologie und neurologische Rehabilitation an hervorragender Lage in der Stadt Zürich positioniert. Seit 1886 sind wir auf neurologische Krankheiten, insbesondere Epilepsie, spezialisiert. Wir bieten zentrumsnah einen schnellen Zugang zu hochspezialisierter Behandlung und Diagnostik für Erwachsene und Kinder und erbringen patientenorientierte und nachhaltige Dienstleistungen in persönlicher Atmosphäre.

#### Höchste medizinische Qualität

Die Qualität zeigt sich in der Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten. In der Klinik Lengg stehen die Patienten sowie ihre Angehörigen im Zentrum unseres Handelns. In unserer Mission und unserem Leitbild ist die patientennahe Behandlung mit höchster medizinischer Qualität verankert. Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie hohe Fachkompetenz bilden die Grundlage für unsere Qualität.

#### Führende Kompetenz

Unsere Spezialisierungen beruhen auf langjährigen und umfangreichen Erfahrungen. Dank unserer Forschungsaktivitäten in der Epileptologie und Neurorehabilitation und der engen Zusammenarbeit mit Hochschulen und universitären Akutspitälern entwickeln wir unsere medizinischen Behandlungen evidenzbasiert weiter. Unser Ziel ist es, unsere Patientinnen und Patienten menschlich, kompetent, innovativ und zuverlässig zu behandeln.

#### Individuelle Betreuung

Wir sind überzeugt, dass eine individuelle Betreuung massgeblich zur erfolgreichen Genesung unserer Patientinnen und Patienten beiträgt. Unsere Klinik stellt für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige eine feste Bezugspflegerperson sowie einen Reha-Coach zur Verfügung, um eine ganzheitliche Betreuung während des gesamten Aufenthalts zu gewährleisten. Durch den Einsatz innovativer Lean-Management-Prinzipien bleibt unserem erfahrenen Fachpersonal mehr Zeit, auf die individuellen Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten einzugehen. Der Reha-Coach ist dafür verantwortlich, die therapeutischen Maßnahmen während der Rehabilitation oder Nachbehandlung zu koordinieren. In enger Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten werden Behandlungs- und Therapieziele definiert und kontinuierlich überprüft, um die individuellen Erwartungen zu ermitteln und erfolgreich umzusetzen.

Unser Ziel ist eine zukunftsorientierte Ausrichtung an Patientenbedürfnissen und einer hochspezialisierten Medizin. Die Bedürfnisse unserer Anspruchsgruppen fliessen in die Unternehmens- und Qualitätsziele mit ein.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

- Qumea: Das digitale Mobilitäts-Monitoring wurde in einem Teil der Patientenzimmer installiert, sorgt für mehr Patientensicherheit und unterstützt das Pflegefachpersonal bei der klinischen Arbeit. Durch die kontaktlose und anonyme Messung von menschlichen Bewegungen im Patientenzimmer erfahren Pflegendе in Echtzeit, wenn ihre Patientinnen und Patienten Unterstützung benötigen und können proaktiv intervenieren und damit Stürze verhindern.
- CIRS: Die Meldebereitschaft konnte im Laufe des Jahres gesteigert werden. Um eine zeitnahe Triage eingehender Meldungen sicherzustellen, wurden die Kompetenz und Verantwortung der Meldekreisverantwortlichen ausgebaut. Neben Schulungen wurden die technischen Möglichkeiten im Meldeportal verbessert.
- Re-Zertifizierung Sw!ss-Reha: Im September bestand die Klinik Lengg im 3-jährlich stattfindenden Zertifizierungsaudit erneut die Überprüfung durch das externe Auditorenteam.



### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

- Patientensicherheit: proaktive Alarmierung bei sturzgefährdeten Patientinnen und Patienten durch Überwachung der Aktivitäten im Patientenzimmer (Qumea)
- Weiterentwicklung und Verbesserung des Meldeportals (CIRS, Ideen und Feedback)
- Re-Zertifizierung Sw!ss Reha
- Einführung der Prinzipien der "Lernenden Organisation" (Konzept und Schulung)
- Überprüfung der Wirksamkeit der umgesetzten Massnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Kennzahlen und Mitarbeitenden-Befragung)

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

In den kommenden Jahren werden uns unter anderem die nachfolgenden Themen im Bereich der Qualität beschäftigen.

1. Weiterführung des Qualitätskonzeptes nach Vorgaben der nationalen Qualitätsverträge, insbesondere das CIRS-Meldesystem
2. Reetablierung von Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in beiden Fachbereichen
3. Zufriedenheitsmessungen unter Patientinnen und Patienten, Mitarbeitenden und Zuweisenden
4. Weiterführung und Weiterentwicklung unserer Standards nach der EFQM-Zertifizierung "Recognised for Excellence", fünf Sterne
5. Weiterentwicklung des Dokumenten- und Prozessmanagements & kontinuierliche Optimierung und Erweiterung der Prozesslandschaft
6. Umsetzung von weiteren Projekten im Rahmen der Integrierten Versorgung
7. Kontinuierliche Weiterentwicklung der Kultur der Excellence und damit der Lern- und Kommunikationskultur
8. Stetige Verbesserung der Medikations- und Patientensicherheit durch das CIRS-Meldesystem und Schulungen
9. Optimierung der Infektionsprävention und Spitalhygiene
10. Ausbau des Lean Managements im Klinikalltag
11. Umsetzung von Projekten im Rahmen der Digitalisierungsstrategie
12. Umsetzung des Green-Hospital Konzepts zur Erreichung der Nachhaltigkeitsziele nach den Sustainable Development Goals (SDGs)

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse, curafutura und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene
<i>Rehabilitation</i>
▪ Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Rehabilitation – Erwachsene
▪ Bereichsspezifische Messungen für
– Neurologische Rehabilitation

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ ANQ-Patientenbefragungen

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Kontinuierliche Austrittsbefragung aller Patient:innen
<i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeitendenzufriedenheitsbefragung mit Schwerpunkt BGM2024
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserzufriedenheitsbefragungen 2024
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
▪ Erfassung der Rückverlegungen ins Akutspital
<i>Infektionen</i>
▪ Anzahl Patientinnen und Patienten mit Isolationsmassnahmen
<i>Stürze</i>
▪ Systematisches Sturzmanagement
<i>Dekubitus</i>
▪ Dekubitus-Dokumentation
<i>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</i>
▪ Globales Rehabilitationsziel bei Eintritt und Evaluation der Zielerreichung bei Austritt

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

##### Reha-Coach

<b>Ziel</b>	• Stärkung der Patientenzentrierung • eine klare Ansprechperson schaffen, um so das optimale Rehabilitationsergebnis zu erzielen • der RehaCoach setzt über ein kontinuierlich aufgebautes Vertrauensverhältnis zusätzliche Impulse zur Motivation
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Medizinische Therapien
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	1.1.2025 - 31.12.2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Klare Ansprechperson, Effizienzsteigerung im Sinne mehr Überblick über wichtige Themenbereiche und Therapieminuten
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle med. Therapien (Physio, Sport, Ergo, Logo, Ernährungsberatung, Aktivierungstherapie, Therapiekoordination)
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erste Evaluation erfolgt nach Pilotphase bis Ende 2025
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Es wurden Core-Sets für Assessments pro Berufsgruppe definiert

##### Digitalisierung Leistungserfassung

<b>Ziel</b>	- Reduzierung von Fehlern bei der Leistungserfassung - Gewinn von Zeitressourcen durch Automatisierung - Lückenlose Abrechnung – es gehen keine Termine verloren - Standardisierung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Medizinische Therapien
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	1.1.2025 - 30.09.2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Das manuelle Erfassen erfordert täglich relativ viel Zeit von allen Therapeutinnen und Therapeuten und ist fehleranfällig. Durch eine Automatisierung der Abrechnung kann dem entgegengewirkt werden.
<b>Methodik</b>	Enge Zusammenarbeit Therapien mit ICT
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle medizinischen Therapien
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Nach Abschluss des Rollouts, ca. Herbst 2025

## Qumea

<b>Ziel</b>	Patientensicherheit erhöhen und Sturzquote senken
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Klinischen Bereiche
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	01.04.2024 - 01.02.2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Immer wiederkehrende Stürze bei neurologischen Patienten. Bisherige Hilfsmittel wie Sturzmatten nicht effizient genug
<b>Methodik</b>	Zusammenarbeit mit Technischem Dienst und IT
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege/Arztdienst
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Januar 2025
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Dokumentation Projektsitzungen

## Digitalisierung Dokumentenlenkung

<b>Ziel</b>	Sicherstellen, dass aktuelle gültige Dokumente am Ort des "Geschehens" zur Verfügung stehen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	01.09.2024 - 31.12.2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Übertragung aller aktuell gültiger "Weisungs-Dokumente" auf eine einheitliche gelenkte Dokumentenvorlage. Zentrale Verwaltung/Lenkung in Dokumentensoftwaresystem und Veröffentlichung durch Verlinkung ins Intranet.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Zentraler Support, Steuerung und Controlling

## Prozessmanagement

<b>Ziel</b>	Softwareunterstütztes Prozessdesign und Lenkungsprozess
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2024 - 2026
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Einheitliche Prozessdarstellungen, zentrale digitalisierte Lenkung und Veröffentlichung
<b>Methodik</b>	Prozessnotation BPMN
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Zentraler Support, Steuerung und Controlling

## Global Green and Healthy Hospitals

<b>Ziel</b>	Die Klinik Lengg verfolgt das Ziel, ihre Nachhaltigkeitsleistungen kontinuierlich zu verbessern.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	seit 2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Als Spital sind wir in der Verantwortung, unseren Beitrag zur Nachhaltigkeit gemäss den UN-Zielen zu erbringen. Nur auf einem gesunden Planeten können Menschen gesund sein.
<b>Methodik</b>	Ideenmanagement und Einführung der Funktion des Nachhaltigkeitsverantwortlichen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Bereiche
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Anzahl Nachhaltigkeitsprojekte

## Modernisierung der Datenbanken und Datenerfassung - SEED Database

<b>Ziel</b>	Durch die Modernisierung der Datenbanken und der Datenerfassung wird ein wichtiger Grundstein für zukünftige Forschungsprojekte gelegt.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Epileptologie
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Laufend bis 2025
<b>Begründung</b>	Die moderne Datenforschung baut auf einem optimierten Datenmanagement auf.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Als Teil unserer Digitalisierungsstrategie werden unsere Datenbanken modernisiert und neu aufbereitet.



## Digitale Vitalzeichenerfassung

<b>Ziel</b>	Patientensicherheit und Effizienz
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Pflegedienst
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Sommer 2024 bis Mai 2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Teil der Digitalisierungsstrategie
<b>Methodik</b>	Hospitation in anderem Spital/ Zusammenarbeit mit IT und Herstellerfirma
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege, IT
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	noch laufend, Überprüfung Anzahl User; anschliessende Zufriedenheitsbefragung

## Neue Arbeitszeitmodelle/Flex und Superflex

<b>Ziel</b>	Steigerung der Mitarbeitendenzufriedenheit/Mitarbeitendenbindung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Pflege
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Dezember 2024 bis Dezember 2025
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Hohe Kosten an temporärem Personal welche gesenkt werden sollten
<b>Methodik</b>	Evaluation des Projektverlaufs in einem Referenzspitals. Anpassung an die eigenen Möglichkeiten und Bedürfnisse
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	HR/Pflege
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Ausstehend ab Juni 2025 Pilotphase
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Dokumentation der Projektsitzun

## Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

### Infektionsprävention und Spitalhygiene

<b>Ziel</b>	Durch die Optimierung der Infektionsprävention und Spitalhygiene werden nosokomiale Infektionen weiter gesenkt.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Laufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Methodik</b>	Durch standardisierte Hygieneprozesse, kurze Entscheidungswege und die systematische Erfassung von Art und Umfang von Isolationen monitorisieren und optimieren wir die Infektionsprävention und die klinikweiten Spitalhygienemassnahmen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle klinischen Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Messung Isolationen, nachgewiesene Infektionen, Impfquoten

### Medikationssicherheit

<b>Ziel</b>	Durch einheitliche Prozesse, definierte Verantwortlichkeiten, regelmässige Schulungen, Feedbacks und kontinuierliche Weiterentwicklung wird die Medikationssicherheit in der Klinik Lengg kontinuierlich erhöht.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Laufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Methodik</b>	Wissensmanagement, Prozessmanagement, Feedbackkultur
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Durch die CIRS-Meldungen findet eine kontinuierliche Überprüfung statt, ob die Medikationssicherheit weiter verbessert werden muss. Die Geschäftsleitung prüft halbjährlich, ob übergreifende Massnahmen ergriffen werden müssen. Die Mitarbeitenden werden in einer Mitarbeiterinformationsveranstaltung darüber informiert.

## Feedback- und Beschwerdemanagement

<b>Ziel</b>	Durch die systematische Erfassung von Feedback und Beschwerden und das Ableiten angemessener Massnahmen wird eine kontinuierliche Weiterentwicklung erreicht.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit 2016
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Methodik</b>	Digitales Meldeportal, welches sowohl über das Intranet (intern) als auch das Internet (extern) allen Anspruchsgruppen zur Verfügung steht.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Das Projekt ist ein fester Bestandteil des Qualitätsmanagements.

## Weiterentwicklung der Qualitäts- und Sicherheitskultur

<b>Ziel</b>	Durch eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualitäts- und Sicherheitskultur wird die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität erhöht.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Fortlaufend, kein Enddatum
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Methodik</b>	Schulungen, Workshops, Qualitätszirkel, Lunch & Learn
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Diverse Fachkompetenzen aus Ärzteschaft, Therapien, Pflege und Management.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Durch die laufende Bearbeitung der CIRS-Fälle werden neue Massnahmen und Absprachen getroffen. Durch optimale und kurze Kommunikationswege können Massnahmen schnell entschieden und umgesetzt werden.

## Ideenmanagement

<b>Ziel</b>	Ziel des Ideenmanagements ist die Mobilisierung von Leistungsreserven durch die Förderung eines kreativen Arbeitsklimas, um unter Einbeziehung aller Mitarbeitenden die Wettbewerbsfähigkeit der Organisation zu stärken.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit 2016
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Methodik</b>	Digitales Meldeportal
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Kontinuierliche Evaluationen finden durch die Geschäftsleitung statt. Die besten Ideen werden umgesetzt und am Ende des Jahres prämiert.

## Outcome der prächirurgischen Diagnostik und Epilepsiechirurgie bei Kindern und Erwachsenen

<b>Ziel</b>	Durch das Register sollen die Outcomes gemessen werden. Zudem findet ein Monitoring der Nebenwirkungen und der postoperativen Defizite statt.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Epileptologie / Epilepsiechirurgie
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit 2003

## Ausbau Lean Management

<b>Ziel</b>	Die bereits umgesetzten Ansätze aus dem Lean Management sollen erweitert werden, um Verschwendungen zu reduzieren.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit 2018
<b>Begründung</b>	Die Erweiterung von Lean Management Ansätzen ist notwendig, um Verschwendungen weiter zu reduzieren und die Effizienz zu steigern.
<b>Methodik</b>	Durch die Anwendung von Lean-Prinzipien wie 5S, Kanban und Wertstromanalyse werden Prozesse optimiert und nicht-wertschöpfende Aktivitäten eliminiert.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Mitarbeitende aus allen Bereichen, insbesondere aus der Pflege.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Der Erfolg der Lean-Massnahmen wird durch die Messung der Patientenzufriedenheit und Ressourcenbedarf evaluiert und kontinuierlich überwacht.

## Qualitätszirkel

<b>Ziel</b>	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess der Medikations- und Patientensicherheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	gesamte Klinik
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Laufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Klinisches Risiko
<b>Methodik</b>	Durch das interdisziplinäre Zusammentreffen können retrospektiv Fälle analysiert und künftige Verbesserungsmassnahmen definiert werden.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle klinischen Berufsgruppen

## Gemeinsame Eintrittsvisite und Interdisziplinäre Rapporte

<b>Ziel</b>	Die Mitarbeitenden der Bereiche Pflege Neurorehabilitation und Medizinische Therapien führen eine gemeinsame Eintrittsvisite durch.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflege und Therapien
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit 2023
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Methodik</b>	Ablauf und Zuständigkeiten für gemeinsamen Erstkontakt werden definiert
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Therapie und Pflege (Pilot Neurorehabilitation Abteilung N2)

## EFQM Rezertifizierung

<b>Ziel</b>	EFQM-Rezertifizierung
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit 2022
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Die EFQM-Zertifizierung ist ein etablierter Managementansatz, welcher massgeblich zur Steigerung der Qualität beiträgt. Die Rezertifizierung unterstützt uns in der Erfüllung unserer Mission und der stetigen Weiterentwicklung.
<b>Methodik</b>	PDCA-Zyklus
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Bereiche
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Klinik Lengg wurde 2022 durch EFQM "Recognised by EFQM 4 Star" zertifiziert und strebt für die 2025/2026 anstehende Rezertifizierung 5 Sterne an.

## Betriebliches Gesundheitsmanagement

<b>Ziel</b>	Systematische Massnahmen zur Aufrechterhaltung respektive Verbesserung des Wohlbefindens aller Mitarbeitenden am Arbeitsplatz.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit 2019
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Zertifizierung "Friendly Work Space"
<b>Methodik</b>	Die Aktivitäten werden jährlich evaluiert und neu geplant. Neue Projekte, wie diverse Aktivitäten und betriebsinterne Angebote konnten bereits erfolgreich umgesetzt werden. Mitarbeitende werden motiviert ihre Vorschläge einzubringen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jährliche Mitarbeitendenbefragung, Rezertifizierung 2025

## Weiterentwicklung Austrittsberichte

<b>Ziel</b>	Die Austrittsberichte werden kontinuierlich gemäss regulatorischen Vorgaben weiterentwickelt und ihre Latenz wird reduziert.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Ärztlicher Dienst
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit 2021
<b>Methodik</b>	Austrittsberichte werden kontinuierlich im Sinne des Patienten und der Zuweisenden optimiert und angepasst.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzteschaft und beteiligte Berufsgruppen, wie IT, KIS und Labor

## Schwangerschaftsregister gem. Europäischen Register für Schwangerschaften unter Antiepileptika (EURAP)

<b>Ziel</b>	EURAP vergleicht die Sicherheit der verschiedenen Antiepileptika für das ungeborene Kind hinsichtlich der Häufigkeit von kongenitalen Fehlbildungen und pränatalen Wachstumsverzögerungen.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Schwangerschaft bei Epilepsie
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit 2001



## Interne und externe Fort- und Weiterbildungsmassnahmen

<b>Ziel</b>	Systematische Erfassung und Auswertung aller internen und externen Weiterbildungen von Mitarbeitenden gem. strategischer und operativer Klinikziele.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit 2020
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Wir fördern intern den interdisziplinären Wissenstransfer, indem fachübergreifende Fortbildungen gefördert werden. Wir legen grossen Wert auf unsere Verantwortung als Weiterbildungsstätte und sind gegenüber externen Weiterbildungsmassnahmen aufgeschlossen.

## CIRS

<b>Ziel</b>	Erhöhung der Patientensicherheit durch eine systematische Analyse der Beinahe-Fehler
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit 2016
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Fehlerquellen frühzeitig erkennen und reduzieren, damit Patientinnen und Patienten, Angehörige und Mitarbeitende nicht zu Schaden kommen.
<b>Methodik</b>	Laufende Erfassung im CIRS-Tool
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Halbjährliche interne Evaluation durch die Geschäftsleitung
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	CIRS-Konzept inkl. Prozessbeschreibung

## Förderung der Qualitäts- und Sicherheitskultur (Room of Horrors)

<b>Ziel</b>	Sensibilisierung für alltagsnahe Fehler
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	Seit 2022
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	In einem Room of Horrors werden alltagsnahe Fehler und Risiken für die Patientensicherheit versteckt. Fachpersonen versuchen einzeln oder in Teams diese Fehler und Risiken aufzudecken.
<b>Methodik</b>	Room of Horrors
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle klinisch tätigen Personen und Personen mit Patientenkontakt.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Das Projekt wurde durch Mitarbeitende als sehr positiv wahrgenommen und deshalb in den Regelbetrieb übernommen.

## 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2016 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

**Bemerkungen**

- 1 Ziel und Zweck
  - Systematische Erfassung von unerwünschten (kritischen) Ereignissen (CIRS)
  - Systematische Analyse von unerwünschten (kritischen) Ereignissen
  - Aus Beinahe-Zwischenfällen lernen und zukünftig Fehler vermeiden
  - Verbesserungspotentiale erkennen und Massnahmen ableiten
  - Übertragbarkeit von Massnahmen für weitere Bereiche und Abteilungen erkennen
  - Verbesserung der Sicherheit und Behandlungsqualität für Patient:innen und Mitarbeitende

## 4.5 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

### Bemerkungen

Bei nachfolgenden Registern nehmen wir teil:

Bezeichnung: Outcome der prächirurgischen Diagnostik und Epilepsiechirurgie bei Kindern und Erwachsenen (nach IVHSM)

Fachrichtung: Epileptologie/ Epilepsiechirurgie

Betreiberorganisationen: Schweizerische Epilepsie-Klinik an der Klinik Lengg

Seit: 2003

Standort: Klinik Lengg (Abt. f. Klin. Neurophysiologie und prächirurgische Epilepsiediagnostik)

Bezeichnung: Schwangerschaftsregister

Fachrichtung: Schwangerschaft bei Epilepsie

Betreiberorganisation: Europäisches Register für Schwangerschaften unter Antiepileptika (EURAP)

Seit: 2001

Standort: Poliklinik

Bezeichnung: MORTEMUS

Fachrichtung: Erfassung von plötzlichen, unerwarteten Todesfällen von Menschen mit Epilepsie

Betreiberorganisation: Internationale MORTEMUS Studie

Seit: 2021

Standort: Schweizerische Epilepsie-Klinik an der Klinik Lengg

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
EFQM	Klinik Lengg	2019	2022	Nächste Rezertifizierung 2025/2026
SwlssReha	Zürcher RehaZentrum Lengg und Zentrum für ambulante Rehabilitation	2017	2024	Nächste Zertifizierung 2027
Friendly Work Space	Klinik Lengg, Anerkennung durch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz	2022	2022	Nächste Rezertifizierung 2025
SIWF-Zertifizierte Weiterbildungsstätte	Klinik Lengg	2022	2023	• Allgemeine Neurologie, Kat. C (1 Jahr) • Epileptologie, Kat. D2 (2 Jahre) • Physikalische Medizin und Rehabilitation, Kat. Neuroreha D2 (2 Jahre) • Klinische Neurophysiologie und Schlafmedizin, Kat. E (1 Jahr)
SGKN-Zertifizierte Weiterbildungsstätte für EEG	Schweizerisches Epilepsiezentrum	2021	2023	
Anerkennung der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafmedizin, Schlafforschung und Chronobiologie (SGSSC)	Schlafmedizinisches Zentrum	2018	2024	Akkreditierung Schlaflabor, Erweiterung Fähigkeitsausweis Somnologie (Ausbildungskategorie B)
TSC (Tuberöse Sklerose Zentrum)	Schweizerisches Epilepsiezentrum	2020	2023	Klinikübergreifende Weiterbildungen werden regelmässig durchgeführt

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patient:innen und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

#### 5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

#### Messergebnisse

Fragen			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2024 (CI* = 95%)
<b>Klinik Lengg AG</b>			
			– (–)
			– (–)
			– (–)
			– (–)
			– (–)
			– (–)
Anzahl versendeter Fragebogen 2024			–
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent	– %

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020, 2022 und 2024 für die Akutsomatik regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Dargestellt werden nur die Vorjahre in denen Befragungen stattgefunden haben und zu denen Werte vorhanden sind. Ab 2025 folgt eine neue Befragung in einem erweiterten Format:

Der ANQ-Kurzfragebogen, den die Spitäler und Kliniken seit 2011 für die nationale Zufriedenheitsmessung einsetzen, bestand aus fünf bis sechs Fragen. Um künftig eine vertiefte Abfrage aller relevanten Dimensionen und ein detaillierteres Monitoring der Patientenperspektive im



Langzeitverlauf zu ermöglichen, wird der ANQ-Kurzfragebogen ab 2025 durch ein differenziertes Befragungsinstrument abgelöst. Zukünftig liegt der Fokus nicht mehr auf der Patientenzufriedenheit, sondern der Patientenerfahrung (PREMs – Patient Reported Experience Measures).

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

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Unser oberstes Ziel ist es, den Behandlungserfolg und die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten kontinuierlich zu steigern und ihre Lebensqualität zu verbessern. Um dieses Ziel zu erreichen, messen wir die Zufriedenheit kontinuierlich und lernen aus den Rückmeldungen. Die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsbefragung werden in interdisziplinären und interprofessionellen Teams analysiert um bei Bedarf gezielte Massnahmen abzuleiten. Unser Fokus liegt dabei auf den Bereichen Behandlungsqualität, der Organisation des Ein- und Austritts und dem Schnittstellenmanagement. Die Gewährleistung einer bestmöglichen Behandlungsqualität hat für uns höchste Priorität.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Unisanté, Lausanne
--------------------------------	--------------------

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patient:innen (≥ 16 Jahre) versendet, die im April – das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im Spital verstorbene Patient:innen.</li> <li>Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein.</li> <li>Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Rehabilitation – Erwachsene

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

Der Fragebogen beinhaltet sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Zwei Fragen sind praktisch identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die anderen vier Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Rehabilitation angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2024 (CI* = 95%)
	2019	2021	2022	
Klinik Lengg AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung durch das Reha-Team (ärztliches und therapeutisches Personal, Pflegefachpersonen, Sozialdienst)?	4.00	3.90	4.10	3.80 ( - - - )
Wurden Sie zu Beginn Ihres Reha-Aufenthalts verständlich über Ablauf und Ziele Ihrer Rehabilitation informiert?	4.20	4.10	4.10	4.10 ( - - - )
Wurden Sie während Ihres Reha-Aufenthalts ausreichend in Entscheidungen einbezogen?	4.20	3.90	3.90	3.90 ( - - - )
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.50	4.20	4.40	4.30 ( - - - )
Entsprachen die Therapien Ihren Erwartungen (Umfang, Ablauf usw.)?	4.40	4.10	4.20	4.00 ( - - - )
Wie war die Organisation aller für Sie und Ihre Angehörigen wichtigen Massnahmen für die Zeit nach dem Reha-Aufenthalt (Betreuung, Spitex, Therapien usw.)?	3.90	3.80	3.80	3.70 ( - - - )
Anzahl versendeter Fragebogen 2024				110
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	43	Rücklauf in Prozent		39.00 %

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Die für das Jahr 2020 geplanten Patientenbefragungen in der Rehabilitation und Psychiatrie wurden infolge der Covid-19-Pandemie auf das Folgejahr (2021) verschoben. Danach gilt der reguläre 2-Jahres-Rhythmus wonach von Seiten ANQ in diesen Bereichen jeweils in den geraden Jahren eine Patientenbefragung stattfindet. Dargestellt werden nur die Vorjahre in denen Befragungen stattgefunden haben und zu denen Werte vorhanden sind.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär (mind. 24 Stunden) behandelten Patient:innen ( $\geq 16$ Jahre) versendet, die im April und Mai 2024 aus einer Rehabilitationsklinik oder Rehabilitationsabteilung eines Akutspitals ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein.</li> <li>▪ In der Klinik verstorbene Patient:innen.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.3 Eigene Befragung

### 5.3.1 Kontinuierliche Austrittsbefragung aller Patient:innen

Die Befragung richtet sich an alle stationär austretenden Patientinnen und Patienten. Ein strukturierter Fragebogen kann direkt vor Ort in einem zur Verfügung gestelltem Tablet ausgefüllt werden oder zu einem späterem Zeitpunkt von zu Hause via QR Code. Am Ende des Fragebogens steht ein Freitextfeld für zusätzliche Mitteilungen zur Verfügung. Die Ergebnisse werden mindestens quartalsweise ausgewertet und der GL vorgestellt. Massnahmen werden fortlaufend bei Bedarf abgeleitet.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Das Einschlusskriterium ist ein stationärer Aufenthalt, die Verfügbarkeit und das Einverständnis der Patientin oder des Patienten zum Befragungszeitpunkt.

Die Messergebnisse zeichnen insgesamt ein positives Bild und bestätigen die Qualität unserer Arbeit. Dennoch ist es unser Anliegen, Verbesserungspotenziale zu identifizieren und gezielt auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten einzugehen. Durch die Analyse der gewonnenen Daten können wir wertvolle Erkenntnisse sowohl in die operative Umsetzung als auch in die strategische Ausrichtung einfließen lassen. Dieser ganzheitliche Ansatz ermöglicht eine kontinuierliche Optimierung unserer Prozesse und Leistungen, um eine bestmögliche Versorgung sicherzustellen.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 5.4 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### Klinik Lengg AG

Qualitätsmanagement

Renate Steden

Qualitätsmanagement

044 387 62 21

[qm@kliniklengg.ch](mailto:qm@kliniklengg.ch)

## 7 Mitarbeitendenzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeitendenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden das Spital als Arbeitgeber/in und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Mitarbeitendenzufriedenheitsbefragung mit Schwerpunkt BGM2024

Die Zufriedenheit unserer Mitarbeitenden hat für uns als Unternehmen höchste Priorität. Wir sehen in jedem einzelnen Mitarbeitenden eine einzigartige Persönlichkeit mit individuellen Bedürfnissen und Anliegen, die uns wichtig sind. Durch die Ausrichtung an diesen Bedürfnissen schaffen wir eine wertschätzende und unterstützende Arbeitsumgebung, die zu Motivation und Effektivität beiträgt. Um die Meinungen und Bedürfnisse unserer Mitarbeitenden zu erfassen, führen wir regelmässig Befragungen durch. Die Ergebnisse nutzen wir für kontinuierliche Verbesserungen und die optimale Anpassung unserer Arbeitsbedingungen und Prozesse.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Monat Oktober durchgeführt. Es wurden alle Mitarbeitenden der Klinik Lengg in die Befragung einbezogen.

Der Schwerpunkt der diesjährigen Befragung lag auf einer Wirksamkeitsprüfung der eingeführten Massnahmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Dabei wurde sowohl die allgemeine Zufriedenheit der Mitarbeitenden abgeholt als auch die Attraktivität der konkreten Angebote. Die Ergebnisse waren insgesamt sehr erfreulich. Freitextmitteilungen helfen das Angebot weiter an die Bedürfnisse der Mitarbeitenden anzupassen.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzt:innen und niedergelassene Spezialärzt:innen) eine wichtige Rolle. Viele Patient:innen lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweisenden den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patient:innen empfunden haben.

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Zuweiserzufriedenheitsbefragungen 2024

Die Bedürfnisse unserer Partnerinnen und Partner stehen für uns im Mittelpunkt. Durch eine enge Zusammenarbeit identifizieren wir Verbesserungspotenziale und leiten gezielt Massnahmen ein. Regelmässige Befragungen unserer Zuweisenden liefern uns wertvolle Erkenntnisse, die wir nutzen, um unsere Dienstleistungen kontinuierlich zu optimieren. Indem wir auf die Bedürfnisse unserer Partnerinnen und Partner eingehen, schaffen wir die Basis für eine langfristige und erfolgreiche Zusammenarbeit.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat Dezember durchgeführt. Für die Befragung wurden alle Zuweisenden unserer Klinik ausgewählt.

Im Allgemeinen konnte eine sehr hohe Zufriedenheit bei unseren Zuweisenden verzeichnet werden.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## Behandlungsqualität

### Messungen in der Akutsomatik

#### 9 Wiedereintritte

##### 9.1 Eigene Messung

###### 9.1.1 Erfassung der Rückverlegungen ins Akutspital

Das Monitoring der Rückverlegungsquote wird als wichtiges Instrument angesehen, um die Effizienz und die Qualität der integrierten Versorgung und der Schnittstellen zwischen der Versorgung zu monitoren. In der Regel handelt es sich bei "Rückverlegungen" um geplante Wiedereintritte für therapeutische oder diagnostische Massnahmen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die Rückverlegungen werden im stationären Bereich Epileptologie monitorisiert.

2024 verzeichnete die stationäre Epileptologie 14 Rehospitalisationen.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	



## 11 Infektionen

### 11.1 Eigene Messung

#### 11.1.1 Anzahl Patientinnen und Patienten mit Isolationsmassnahmen

Wir erfassen alle Patientinnen und Patienten, die in unserer Klinik isoliert werden und dokumentieren dabei den Grund für die Isolation sowie die Dauer des Aufenthalts in der Isolation. Diese Dokumentation ist ein wichtiger Bestandteil unserer Bemühungen, die Infektionskontrolle in unserer Klinik zu gewährleisten und die Ausbreitung von Infektionen zu verhindern. Durch die systematische Erfassung und Analyse dieser Daten können wir Trends in Bezug auf bestimmte Infektionen oder Isolationsgründe erkennen und gezielte Massnahmen ergreifen, um das Risiko für unsere Patientinnen und Patienten zu minimieren. Wir sind bestrebt, die bestmögliche Versorgung für unsere Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und die Sicherheit in unserer Klinik zu erhöhen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die Erfassung wird in allen stationären Bereichen durchgeführt.

Das untersuchte Kollektiv umfasste alle stationären Patientinnen und Patienten der Epileptologie und Neurorehabilitation, bei denen aufgrund eines Verdachts oder eines bestätigten Tests eine Isolationsmassnahme durchgeführt wurde.

Im Jahr 2024 wurden in der Epileptologie und Neurorehabilitation insgesamt 26 stationäre Patientinnen und Patienten isoliert (126 Isolationstage):

- 4 Influenza Fälle
- 12 COVID-19 Fälle
- 4 Norovirus Fälle
- 1 Clostridioides difficile Fall
- 2 MRSA Fälle
- 2 MRGN Fälle und
- 1 EHEC Fall

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 12 Stürze

### Hinweis zur nationalen Messung Sturz & Dekubitus: Keine Messung im Jahr 2023 - Ablösung der Messmethode

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung ab 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie hier:  
<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/sturz-dekubitus/>

### 12.1 Eigene Messung

#### 12.1.1 Systematisches Sturzmanagement

Interprofessionelle Sturzassessments sind in der Klinik Lengg Standard. Bei Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Sturzrisiko werden Massnahmen abgeleitet und regelmässig evaluiert, um das Risiko von Stürzen zu minimieren. Sollte dennoch ein Sturz auftreten, ist das Ausfüllen eines Sturzprotokolls obligatorisch. Die Protokolle werden regelmässig ausgewertet und die daraus gewonnenen Erkenntnisse zeitnah umgesetzt, um die Patientensicherheit zu verbessern.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.  
 Stürze werden in der gesamten Klinik erfasst und analysiert.

In der Klinik Lengg werden sowohl in der Epileptologie als auch in der Neurorehabilitation die Sturzraten systematisch erfasst. Die Anzahl Stürze, der Trend und mögliche Ursachen werden monatlich im interprofessionellen Team analysiert. Ziele sind die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, eine kontinuierlich Verbesserung der Prozesse und die Sturzprävention.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Internes Sturzprotokoll
---	-------------------------

## 13 Dekubitus

### Hinweis zur nationalen Messung Sturz & Dekubitus: Keine Messung im Jahr 2023 - Ablösung der Messmethode

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung ab 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.

Weitere Informationen zur Weiterentwicklung der Messung Sturz & Dekubitus finden Sie hier: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/sturz-dekubitus/>

### 13.1 Eigene Messungen

#### 13.1.1 Dekubitus-Dokumentation

In der Klinik Lengg treten Dekubiti sehr selten auf. Sie werden mittels Fotodokumentation im jeweiligen Patienten-Dossier erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die Dekubitus-Dokumentation erfolgt sowohl in der Neurorehabilitation als auch in der Epileptologie. Besondere Beachtung finden vulnerable Patientinnen und Patienten mit Sensibilitätsstörungen und eingeschränkter Mobilität.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Da in der Klinik Lengg selten Dekubiti verzeichnet werden, wird auf eine Publikation verzichtet.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## Messungen in der Rehabilitation

### 16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit

#### 16.1 Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation

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

Weiterführende Informationen zu den bereichsspezifischen Messungen im Bereich der Rehabilitation finden Sie unter [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Das **FIM**<sup>®</sup>- Instrument (Functional Independence Measure) und der Erweiterte Barthel-Index (**EBI**) sind unterschiedliche Messinstrumente (Fremdbeurteilungsinstrumente), um die Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten (in motorischen und sozio-kognitiven Bereichen) zu bestimmen. Es wird jeweils eines der beiden Instrumente pro Klinik in der geriatrischen, internistischen, muskuloskelettalen, neurologischen sowie onkologischen Rehabilitation eingesetzt. Um unabhängig von der Wahl des eingesetzten Instruments (FIM<sup>®</sup> oder EBI) die Ergebnisqualität über alle Kliniken vergleichen zu können, wurde ein Umrechnungsalgorithmus von FIM<sup>®</sup> bzw. EBI in einen gemeinsamen ADL-Score (Activities of Daily Life) entwickelt.

#### Messergebnisse

Zusätzlich zu den obigen Messungen werden die Partizipationsziele (Hauptziel und Zielerreichung) erfasst. Da keine klassische indirekte Veränderungsmessung möglich ist, werden die Ergebnisse auf nationaler Ebene lediglich deskriptiv berichtet.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

#### Begründung

Ergebnisse werden bei ANQ veröffentlicht.

Die ANQ-Messungen sind für Spital- und Klinikvergleiche pro Jahr konzipiert. Die Ergebnisse einzelner Spitäler und Kliniken und Vergleiche zum Vorjahr sind nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: [www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/).

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Abteilung Rehabilitationsforschung.	
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Alle Patient:innen, die während des Erhebungszeitraums stationär behandelt wurden.

## 16.2 Eigene Messung

### 16.2.1 Globales Rehabilitationsziel bei Eintritt und Evaluation der Zielerreichung bei Austritt

Bei Eintritt wird ein individuelles auf die Patientenbedürfnisse abgestimmtes Rehabilitationsziel im interprofessionellen Team festgelegt. Die Zielerreichung wird bei Austritt ebenfalls interprofessionell evaluiert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die Zieldefinition des globalen Rehabilitationsziels wird auf den Stationen der Neurorehabilitation durchgeführt.

Das globale Rehabilitationsziel wird bei Eintritt festgelegt, kontinuierlich an den interprofessionellen Rapporten besprochen und wenn nötig angepasst und bei Austritt evaluiert. Dieser Prozessablauf wird für alle Patientinnen und Patienten gleich gehandhabt. So stellen wir sicher, dass unsere Patientinnen und Patienten im Fokus der Behandlung stehen und wir sie bei der Erreichung ihrer individuellen Zielvorstellungen unterstützen können.

2023 wurden in der Klinik Lengg in 94.6% der Fälle die Partizipationsziele erreicht (2019: 94.1%, 2021: 93.8%).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Charité Berlin
Methode / Instrument	ANQ

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Digitale Vitalzeichenerfassung

**Projektziel:** Patientensicherheit (Keine Verwechslungen) und Effizienz (Entlastung des Pflegepersonals)

**Projekttablauf:** Evaluation und Erfahrungsaustausch, Zusammenarbeit IT und Anbieter

**Involvierte Berufsgruppen:** IT und Pflege

**Projektelevaluation:** Laufend, Anzahl User und Zufriedenheitsbefragungen

**Projektabschluss:** Q2 2025

#### 18.1.2 Reha Coach

**Projektart:** Patientenzufriedenheit, Effizienz, Qualitätsverbesserung, Stärkung der Interprofessionalität

**Projektziele:**

- Stärkung der Patientenzentrierung
- Schaffung einer klarer Ansprechperson, um so das optimale Rehabilitationsergebnis zu erreichen
- Ein Reha Coach setzt über ein kontinuierlich aufgebautes Vertrauensverhältnis zusätzliche Impulse zur Motivation und Aktivierung der Patient:innen
- Vereinfachung der Prozesse und Klarheit an den Schnittstellen für das interprofessionelle Behandlungsteam

**Projekttablauf:** Erarbeitung des Konzepts durch die Leitung medizinische Therapien, Prüfung der Praktikabilität mit dem Kader med. Therapien, Pilot über 3 Monate auf einer neurologischen Rehabilitationsstation, danach Rollout auf alle drei Rehabilitationsstationen

**Involvierte Berufsgruppen:** Alle medizinischen Therapien

**Projektelevaluation:** folgt

**Vorraussichtliches Projektende:** Dezember 2025

### 18.1.3 Digitale Dokumentenlenkung

**Projektart:** Wissensmanagement, Patientensicherheit

**Projektziel:** Sicherstellen, dass aktuell gültige Dokumente am Ort des "Geschehens" zur Verfügung stehen und gefunden werden.

**Methodik:** Alle aktuell gültigen Weisungsdokumente werden auf eine einheitliche Dokumenten-Vorlage übertragen (Kopf- und Fusszeile über strukturierte Pflichtfelder ausgefüllt). Zentrale Ablage und digitale Freigabe und Lenkung der Dokumente inklusive automatischen Aktualisierungs-Remindern. Veröffentlichung im Intranet durch Verlinkung. Suchfunktion: Titel oder Volltextsuche.

**Involvierte Berufsgruppen:** Alle Berufsgruppen, Koordination: QM, technische Realisierung: ICT

**Projektabschluss:** Q3 2025

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

### 18.2.1 Qumea - proaktive Alarmierung bei sturzgefährdeten Patient:innen

**Projektart:** Patientensicherheit

**Projektziel:** Patientensicherheit erhöhen und Sturzquote senken

**Involvierte Berufsgruppen:** IT, Pflege und Lieferant

**Projektelevaluation:** monatliche Auswertungen

### 18.2.2 Weiterentwicklung CIRS - Kultur und Kompetenzen

**Projektart:** Patientensicherheit

**Projektziel:**

- Direkte, zeitnahe und fachkompetente Umsetzung des Prozesses an den verantwortlichen Stellen
- Ableitung von nachhaltigen Massnahmen
- Sichere Prozesse

**Projektablauf:** Als Grundvoraussetzung wurden die technischen Möglichkeiten im Meldeportal ausgebaut und verbessert. Neue Rollen wurden definiert und Aufgaben und Kompetenzen den Rollen zugewiesen. Personen, welchen neue Verantwortung übertragen wurde, wurden geschult. Support und Controlling erfolgt durch das Qualitätsmanagement.

**Involvierte Berufsgruppen:** Aus jeder klinischen Berufsgruppe wurde je eine Vertreterin in die Entwicklung und Entscheidung der einzelnen Prozessschritte involviert. Das Qualitätsmanagement koordinierte und organisierte nötige Sitzungen, setzte Bedürfnisse nach Möglichkeit in der Applikation um oder stellte die Schnittstelle zum externen Software-Lieferanten sicher.

**Projektelevaluation:** Abhängigkeiten bestehen mit dem externen Software-Lieferanten. Der interne Change verlief dank motivierter Mitarbeitender problemlos.



### 18.2.3 Lernende Organisation - Konzept und Schulungen

**Projektart:** Wissensmanagement

**Projektziel:**

- Kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung durch lernfähige und anpassungsfähige Mitarbeitende
- Innovations- und Anpassungsfähigkeit durch stetige gemeinsame Weiterentwicklung: voneinander und miteinander Lernen
- Hohe Zufriedenheit der Mitarbeitenden durch gezielte Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Pflegen der Teamkultur (Attraktive Arbeitgeberin: Dadurch tiefere Fluktuation und verbesserte Rekrutierungsvoraussetzungen).
- Effiziente und sichere Prozessabläufe durch systemisches Denken, Erkennen und Nutzen von Synergien und ganzheitliche nachhaltige Problemlösungen.

**Methodik:** Das Konzept der lernenden Organisation der Klinik Lengg basiert auf dem Modell von Peter Senge. Dieses wurde praxisgerecht adaptiert und in unsere Kultur der Excellence integriert.

**Involvierte Berufsgruppen:** Alle Berufsgruppen, die Hauptverantwortung wird in Kooperation durch die Bildung und das Qualitätsmanagement getragen.

**Stand der Umsetzung:** Das Konzept wurde erstellt und kommuniziert.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 SIWF - Zertifizierte Weiterbildungsstätte

**Projektziel:** Rezertifizierung zur anerkannten Weiterbildungsstätte für die Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt Neurologie FMH.

**Methodik:** Anwendung der Kriterien, Inhalte und Schwerpunkte zur Rezertifizierung durch das SIWF.

**Involvierte Berufsgruppen:** Chefärzte:innen oder Kaderärzte:innen, die für die Weiterbildung der Fachärzte:innen bestimmt sind.

**Projektart:** Rezertifizierung

**Projektziel:** Die Klinik Lengg strebt die Rezertifizierung als Weiterbildungsstätte für Neurologie (Kat. C, 2 Jahre), Neurophysiologie (Kat. E1, 1 Jahr) und Physikalische Medizin und Rehabilitation (Kat. D2, 2 Jahre) durch das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) an, um die Qualität der Weiterbildung zu gewährleisten.

**Projekttablauf / Methodik:** Die Anforderungen des SIWF werden überprüft und die Weiterbildungskonzepte aktualisiert. Die erforderlichen Dokumente werden zusammengestellt und eingereicht. Nach einem internen Audit zur Überprüfung der Standards erfolgt die Vorbereitung auf die Rezertifizierung. Basierend auf den Ergebnissen des SIWF-Audits werden Verbesserungsmassnahmen abgeleitet und umgesetzt.

**Involvierte Berufsgruppen:** Ärztliche Leitung und Kaderärztinnen und -Ärzte, welche für die Weiterbildung der Fachärztinnen und -Ärzte bestimmt sind.

### 18.3.2 SGKN - Zertifizierte Weiterbildungsstätte für EEG

**Projektart:** Rezertifizierung

**Projektziel:** Die Klinik Lengg strebt die Rezertifizierung als Weiterbildungsstätte für EEG durch die Schweizerische Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie (SGKN) an. Als führendes Kompetenzzentrum erfüllt die Klinik Lengg alle erforderlichen Kriterien und positioniert sich als hervorragende Weiterbildungsstätte für EEG.

**Projektablauf / Methodik:** In Vorbereitung auf die geplante Visitation durch die SGKN-Delegation werden die Weiterbildungskonzepte und -unterlagen überprüft und aktualisiert. Die erforderliche Lehr-Infrastruktur wird überprüft und für die Präsentation aufbereitet. Nach einem internen Audit zur Sicherstellung der Einhaltung der SGKN-Standards erfolgt die Visitation durch die SGKN-Delegation. Basierend auf den Ergebnissen der Visitation werden Verbesserungsmassnahmen abgeleitet und umgesetzt.

**Involvierte Berufsgruppen:** An der Rezertifizierung sind Ärzte:innen, Fachfrauen/-männer für neurophysiologische Diagnostik, Schlaflaborant:innen, EEG-Befunder:innen und EEG-Ausbildner:innen beteiligt.

**Projektelevaluation / Konsequenzen:** Die Rezertifizierung dient der Überprüfung und Bestätigung der hohen Qualität der EEG-Weiterbildung an der Klinik Lengg. Identifizierte Verbesserungspotenziale werden in konkrete Massnahmen übersetzt, um die Weiterbildungsqualität kontinuierlich zu optimieren und die Position als führende EEG-Weiterbildungsstätte zu festigen. Nach erfolgreicher Rezertifizierung erfolgt eine regelmässige Überprüfung und Anpassung der Massnahmen im Rahmen des Qualitätsmanagements.

**Zertifizierungstermin:** jeweils im Herbst

### 18.3.3 SGSSC - Rezertifizierung Schlafmedizin

**Projektart:** Rezertifizierung

**Projektziel:** Die Klinik Lengg strebt die Rezertifizierung für den Fähigkeitsausweis in Schlafmedizin durch die Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie (SGSSC) an, um die hohe Qualität der schlafmedizinischen Versorgung zu bestätigen.

**Projektablauf / Methodik:** Die Kriterien, Inhalte und Schwerpunkte der SGSSC zur Rezertifizierung werden überprüft und die erforderlichen Unterlagen zusammengestellt. Die diagnostischen und therapeutischen Prozesse werden anhand der SGSSC-Vorgaben evaluiert und optimiert. Nach einem internen Audit zur Sicherstellung der Einhaltung der Rezertifizierungsanforderungen erfolgt die Einreichung der Unterlagen bei der SGSSC. Basierend auf dem Feedback der SGSSC werden Verbesserungsmassnahmen abgeleitet und umgesetzt.

**Involvierte Berufsgruppen:** An der Rezertifizierung sind primär die Mediziner:innen des Schlaflabors beteiligt, unterstützt durch das Qualitätsmanagement und die Administration.

**Projektelevaluation / Konsequenzen:** Als Kompetenzzentrum kann die Klinik Lengg in Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen höchste medizinische Qualität ausweisen. Die Rezertifizierung bestätigt die Einhaltung der SGSSC-Standards und dient der kontinuierlichen Verbesserung der schlafmedizinischen Versorgung. Identifizierte Optimierungspotenziale werden in konkrete Massnahmen übersetzt, um die Qualität der Schlafmedizin stetig weiterzuentwickeln. Nach erfolgreicher Rezertifizierung erfolgt eine regelmässige Überprüfung und Anpassung der Massnahmen im Rahmen des Qualitätsmanagements.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Liebe Leserin, lieber Leser

In der Klinik Lengg steht die Lebensqualität unserer Patientinnen und Patienten stets im Fokus. Wir bieten höchste medizinische Standards an einem exzellenten Standort. Unsere Qualität ist das Ergebnis der fachlichen Kompetenz unserer engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, der interdisziplinären Zusammenarbeit und transparenten Kommunikation, der modernen Infrastruktur, effizienter Prozesse sowie etablierter Sicherheitssysteme.

Wir setzen uns aktiv für die Patientensicherheit und kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Klinik in den Bereichen Spitalhygiene, Sicherheit und Unternehmensentwicklung ein. Unser Ziel ist es, die Behandlung und den Klinikaufenthalt kontinuierlich an die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten anzupassen und durch innovative Ansätze zu übertreffen. Unsere Qualität bildet die Basis für das Vertrauen, das unsere Patientinnen und Patienten, Angehörige, Zuweisende, Versicherungen und Behörden in uns setzen.

Wir lassen uns an der erlebten Qualität messen.

Dr. Julia Hillebrandt  
CEO

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

### Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen	
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>	
Neurologie	
Epileptologie: Komplex-Diagnostik	
Epileptologie: Komplex-Behandlung	
Epileptologie: Prächirurgische Epilepsiediagnostik (IVHSM)	
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>	
Polysomnographie	

### Bemerkungen

Die Klinik Lengg bietet im Bereich der Akutsomatik auch epileptologische Dienstleistungen für Kinder, Jugendliche und mehrfachbehinderte Personen an. Das Leistungsspektrum umfasst interdisziplinäre Komplexbehandlungen, einschliesslich Psychosomatik und Psychiatrie, Intensivmonitoring, Standard- und Langzeit-EEG, Orthostase-EEG sowie evozierte Potentiale (VEP, SEP, AEP). Zusätzlich verfügt die Klinik Lengg über einen Leistungsauftrag gemäss IVHSM für die prächirurgische Epilepsiediagnostik.

### Rehabilitation

#### Leistungsangebot in der Rehabilitation

Arten der Rehabilitation	
Neurologische Rehabilitation	a,s

a = ambulant, s = stationär

## Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

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

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

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

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
<b>Klinik Lengg AG</b>		
Klinik Hirslanden, Zürich	Intensivstation in akutsomatischem Spital	1 km
Klinik Hirslanden, Zürich	Notfall in akutsomatischem Spital	1 km

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet
Universitätsspital Zürich	Neurologie/ Neurochirurgie/ Neuroradiologie/ Klinisches Neurozentrum
Kinderspital Zürich	Neuropädiatrie
Klinik Hirslanden	Neurozentrum/ Stroke-Center

## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:  
H+ Die Spitäler der Schweiz  
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/)



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

## Beteiligte Gremien und Partner

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (FKQ), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/](http://www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/)



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+ Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+ Plattform [www.spitalinfo.ch](http://www.spitalinfo.ch) nahe zu legen.

## Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW):

[www.samw.ch](http://www.samw.ch).