



Kantonsspital Baden



Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+

Version 7.0



Akutsomatik

Kantonsspital Baden
Im Ergel
5404 Baden
www.KSB.ch

Freigabe am: 27.05.2014
durch: **Biri Yvonne**
Qualitätsbeauftragte der Spitalleitung
Pflegedirektorin
Mitglied der Spitalleitung

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, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

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 Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

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

Bezeichnungen

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichts zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung.....	1
A1	Vorwort des Kantonsspital Baden	2
B	Qualitätsstrategie	3
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	3
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	6
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	7
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot.....	9
C1	Angebotsübersicht	9
C2	Kennzahlen 2013	11
D	Zufriedenheitsmessungen	12
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	12
D2	Angehörigenzufriedenheit	13
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	13
D4	Zuweiserzufriedenheit.....	14
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	15
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	15
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	16
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	17
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso	18
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	20
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik.....	23
E1-6	Nationale Elternbefragung 2013 in der Akutsomatik	24
E1-7	SIRIS Implantatregister	25
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013.....	26
F6	Weiteres Messthema	26
G	Registerübersicht	27
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	29
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	29
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	30
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	32
I	Schlusswort und Ausblick.....	34
J	Anhänge.....	35
J1	Zertifikate	35
J2	Legende Zertifikate	36



Einleitung

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messglas des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung patientensicherheit schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 des Kantonsspitals Baden wertvolle Informationen liefern zu können.

A1 Vorwort des Kantonsspital Baden

Das Kantonsspital Baden (KSB) bietet als Zentrumsspital eine umfassende medizinische Versorgung für rund 300'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Es arbeitet eng zusammen mit Hausärzten, Spitälern und weiteren Gesundheitsorganisationen im Ostargau und über Kantonsgrenzen hinweg. Das Kantonsspital Baden behandelt jährlich 18500 stationäre sowie 90000 ambulante Patientinnen und Patienten mit mehr als 160000 Konsultationen. Qualität und Sicherheit gehören zu den Kernkompetenzen des KSB.

Fortschritte in der Medizin machen es möglich, dass hoch spezialisierte diagnostische Abklärungen und Therapien zunehmend ambulant angeboten werden können. Die Kantonsspital Baden AG betreibt ausserhalb ihres Hauptstandortes in Baden-Dättwil ambulante Aussenstationen im Kreisspital Muri und im Medizinischen Zentrum Brugg. Dort werden Behandlungen in den Bereichen Radiologie, Onkologie und Nephrologie/Dialyse angeboten. Gleichzeitig ist im Gesundheitszentrum Brugg im neuen Ärztehaus das Kantonsspital Baden in einer Praxis mit Urologie, Proktologie und Wundberatung vertreten. Dabei steht eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten der Region sowie dem Medizinischen Zentrum Brugg im Fokus.

Ende März 2014 hat das Kantonsspital Baden das Ärztezentrum Limmatfeld in Dietikon mit einer Frauenarztpraxis eröffnet. Mit einer Partnerschaft zwischen der Adus-Klinik Dielsdorf und dem Kantonsspital Baden soll das medizinische Angebot der Region über die Kantonssgrenze hinaus optimiert werden. Der Start erfolgte hier mit der Urologie.

Wer eine Leistung einkauft, will auch wissen, ob die Qualität dieser Leistung stimmt. Die Öffentlichkeit soll erfahren, was das Kantonsspital Baden tagtäglich unternimmt, um die Qualität seiner Leistungen zu sichern und zu fördern. Und die Öffentlichkeit soll auch erfahren, ob uns dies gelingt, ob und in welchem Ausmass wir also die uns gesetzten Qualitätsziele erreichen. Der vorliegende Bericht belegt, dass das KSB intensiv an der Sicherung und Förderung seiner Leistungsqualität arbeitet. Verwaltungsrat und Geschäftsleitung der Kantonsspital Baden AG sind der festen Überzeugung, dass ein offener Umgang mit den Informationen zur Qualität positiv zu werten ist.

Der Qualitätsbericht und weitere Einzelheiten zu Struktur und Dienstleistungsumfang des KSB sind auch auf unserer Homepage www.ksb.ch abrufbar.

lic. iur. Dieter Keusch CEO Kantonsspital Baden AG	Yvonne Biri Qualitätsbeauftragte der Spitalleitung Pflegedirektorin Mitglied der Spitalleitung
Prof. Dr. med. Jürg Hans Beer Chefarzt Innere Medizin Stv. CEO	Prof. Dr. med. Rahel Kubik Chefärztin Medizinische Dienste Mitglied der Spitalleitung
Tony Schmid Leiter Betriebswirtschaft & Infrastruktur (BWI) Mitglied der Spitalleitung	lic. rer. publ. Daniel Kalberer Leiter Finanzen Mitglied der Spitalleitung

B1 Qualitätsstrategie und -ziele**Durch stetes Lehren und Lernen und aufmerksames Überwachen von Struktur, Prozess und Ergebnis sichern und entwickeln wir unsere Qualität.“**

(Auszug aus dem Leitbild der Kantonsspital Baden AG)

Die Bestimmung der Qualitätsstrategie liegt in der Verantwortung der Spitalleitung. Sie setzt inhaltliche Prioritäten, welche in Übereinstimmung zur allgemeinen Unternehmensstrategie des KSB stehen. Die Umsetzung und Überwachung obliegt der Qualitätskommission als Organ der Spitalleitung.

Das KSB orientiert sich als Mitglied der Vereinigung der Spitäler der Schweiz (H+) am Rahmenvertrag zwischen santésuisse und H+, sowie den nationalen und kantonalen Vorgaben von ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) und der Kontaktgruppe Qualität Aargau. Dabei gilt grundsätzlich, dass sich das KSB in erster Linie auf die Vorgaben gemäss Leistungsvertrag konzentriert.

Im Rahmen der Qualitätspolitik verfolgt das KSB die Philosophie einer umfassenden Qualitätssicherung und -förderung mit nachfolgenden Zielen:

- Die Patientenzufriedenheit wird unter Anerkennung ethischer Grundwerte optimiert.
- Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden sowie Kunden des KSB (zuweisende Ärztinnen und Ärzte, nachsorgende Institutionen, Versicherer, Trägerschaft, Öffentlichkeit) wird gefördert.
- Es finden regelmässige Überprüfungen der Struktur-, Prozess- und Behandlungsqualität und kontinuierliche Prozessoptimierung zur Steigerung der Effektivität und Effizienz im Interesse der Patienten, des Gesamspitals sowie der übrigen Kunden statt.
- Fehler und Risiken werden reduziert. Das Qualitäts- und das Risikomanagement sind zudem aufeinander abgestimmt.

Die Spitalleitung stellt sicher, dass die Anforderungen des Qualitätsmanagementsystems erfüllt werden und die Wirksamkeit durch regelmässige interne und externe Überprüfungen mittels unabhängiger Personen gewährleistet ist

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

Teilnahme: Projekt progress der Stiftung für Patientensicherheit

Das im September 2013 gestartete Pilotprojekt der Stiftung für Patientensicherheit mit 10 Schweizer Spitälern richtet sich an interprofessionelle Teams (Chirurgie, Anästhesie, OP-Personal, Qualitätsmanagement und Klinikleitung) und endet 2015. In diesem Vertiefungsprojekt für besseres Sicherheitsmanagement wird der Fokus auf klare Ziele gelegt, wie beispielsweise die betriebsinterne Wissensverbreitung oder das Training der Anwendung von Checklisten im OP. Die Zielerreichung wird mittels spezifischer Evaluationserhebungen überprüft. Ein zentrales Element stellen vier halbjährlich stattfindende interprofessionelle und überbetriebliche Workshops dar. Diese dienen dem Knowhow Transfer und dem gegenseitigen Austausch. Die Evaluation erfolgt einerseits auf Spitalebene, damit der Stand der Umsetzung betriebsintern zurückgespiegelt werden kann – ein zentraler Faktor für das Erzielen erfolgreicher Veränderungsprozesse. Andererseits sollen die Erkenntnisse über das gesamte Vertiefungsprojekt in die Entwicklung weiterer ähnlicher Programme in der Schweiz einfließen können. (Die Projektleitung im KSB liegt bei Monica Wyss Baur, Leiterin Pflege Anästhesie / OP / Rettung, E-Mail: monica.wyssbaur@ksb.ch)

Betreuung und Pflege von Patienten mit demenziellen Erkrankungen im Akutspital

Mit der demografischen Entwicklung werden im Akutspital zunehmend Patienten behandelt, die als Erst- oder Zweitdiagnose eine Demenzerkrankung aufweisen. Ein Spitaleintritt in das Akutspital kann bei dieser Patientengruppe eine Krise auslösen. Sie finden sich in der fremden und hektischen Umgebung nicht mehr zurecht und wissen nicht, was all die fremden Menschen von ihnen wollen. Es werden aus ihrer Sicht angstauslösende Handlungen an ihnen ausgeführt und es fehlen vertraute Personen. Sie fühlen sich verloren und haben Angst. Einige können mit herausforderndem Verhalten reagieren. Hierzu gehören etwa Aggressivität, Verweigern von Pflegehandlungen, Schreien, Davonlaufen usw. Diese Patienten sind zudem neben den Verhaltensstörungen gefährdet für Stürze, die leichte bis schwere Verletzungen zu Folge haben und die Hospitalisation verlängern können.

Das Konzept für die Betreuung und Pflege von Patienten mit demenzieller Erkrankungen im Akutspital soll eine adäquate Betreuung und Pflege von dieser Patientengruppe gewährleisten. Das Konzept beinhaltet die Haltung und den Umgang gegenüber den dementen Patientinnen und Patienten und definiert die wichtigsten pflegerischen Massnahmen, die im Spitalalltag das Mass an Selbstpflegefähigkeit der Patienten erhalten und die Patienten vor negativen gesundheitsbezogene Auswirkungen (z.B. Sturzereignis, Inkontinenz etc.) schützen sollen. Neu werden regelmässig Patientinnen und Patienten mit einer kognitiven Beeinträchtigung während ihrem Spitalaufenthalt von geschulten ehrenamtliche Mitarbeiterinnen besucht. Diese übernehmen keine pflegerischen Aufgaben. Sie können sich Zeit für die Patienten nehmen. Je nach Krankheitssituation und momentanem Befinden der Patienten kann der Besuch für einen Spaziergang, Vorlesen, Singen, gemeinsames Anschauen von Zeitschriften oder Fotoalben benutzt werden. Das Ziel dieses Einsatzes ist es, das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten mit einer demenziellen Erkrankung während ihrem Spitalaufenthalt positiv zu beeinflussen. Zudem soll das Pflegepersonal entlastet werden, was sich positiv auf die weitere Betreuung auswirkt. (Auskünfte erteilt: Eveline Holdener-Mascheroni MNS, Leiterin Pflegeentwicklung; E-Mail: eveline.holdener@ksb.ch)

Koordination Zertifizierungen am KSB

Die Entwicklung des Qualitätsmanagementsystems am Kantonsspital in Baden (KSB) geht auf Mitte der 90er Jahre zurück. Bereits am 15.12.1995 konnten die Hotellerie, die Versorgung sowie die Wäscherei gemäss ISO 9001 zertifiziert werden. Im Laufe der nachfolgenden Jahre wurde der Geltungsbereich dieses Zertifikates angepasst. Es folgte 2004 das Institut für Radiologie, welches als erste klinische Abteilung ein Qualitätsmanagementsystem auf der Basis der ISO 9001 aufgebaut hatte und sich seitdem einem kontinuierlichen Zertifizierungsprozess unterworfen hat. Anschliessend wurde 2006 das Kinderwunschzentrum und 2007 die Dialyse zertifiziert. 2008 stiessen das interdisziplinäre Brustzentrum (gemäss ISO 9001 und OnkoZert) sowie das Blasen- und Beckenbodenzentrum in den Kreis der zertifizierten Bereiche hinzu. Im Jahr 2011 folgte das interdisziplinäre Darmzentrum, welches sich ebenfalls nach ISO 9001:2008 und OnkoZert zertifizieren liess. Besonders hervorzuheben ist im Jahr 2013 die zusätzliche Auszeichnung des Brustzentrums mit dem Qualitätslabel der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie. Damit ist das Brustzentrum des KSB das dritte Zentrum in der Schweiz mit diesem Zertifikat und gleichzeitig das erste Zentrum mit einer nationalen und internationalen Zertifizierung. Die aktuellen Zertifikate sind im Anhang ersichtlich. (Auskünfte erteilt: Martina Rütschlin, Qualitätsmanagerin; E-Mail: martina.ruetschlin@ksb.ch)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

Die Qualitätsziele werden jeweils unterteilt in **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** von der Qualitätskommission, erstellt und verabschiedet. Im Berichtsjahr 2013 wurden nachfolgende Ziele definiert und erreicht.

Strukturqualität

- Erweiterung des Bereichs Qualitätsmanagement um den 100% Stellenanteil Risikomanagement
- Der Qualitätsbericht wurde nach den Vorgaben von H+qualité erstellt und publiziert
- Im Intranet Informer ist ein übergeordnetes Qualitätshandbuch mit den Management- und Supportprozessen hinterlegt. In den zertifizierten Bereichen werden nur noch die Kernprozesse beschrieben. Dieses Projekt wurde 2012 gestartet und 2013 weitergeführt

Prozessqualität

Am 29./30.4.2013 fanden die Überwachungsaudits nach ISO 9001:2008 und OnkoZert durch die Zertifizierungsgesellschaft ClarCert GmbH aus Neu-Ulm in folgenden Bereichen statt:

- Darmzentrum inkl. OnkoZert
- Brustzentrum inkl. OnkoZert sowie Qualitätslabel der Krebsliga Schweiz und Schweizerischen Gesellschaft für Senologie
- Beckenboden- und Kinderwunschzentrum
- Dialysestationen Standorte Baden, Brugg und Muri
- Institut für Radiologie Standorte Baden und Brugg

Weitere Überwachungsaudits 2013 nach Fachgesellschaften:

- die Apotheke, welche erstmals am 3./4.12.2012 nach dem Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS) zertifiziert wurde
- und das Fitnesscenter MOVE Qualitop-Zertifikat (Zertifizierungsgesellschaft Qualicert)

Ergebnisqualität

Messungen ANQ

- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape
- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape
- Überwachung und Erfassung von postoperativen Wundinfektionen
- Prävalenzerhebung Dekubitus
- Prävalenzerhebung Sturz
- Zufriedenheitserhebung stationäre Patientinnen und Patienten
- SIRIS-Implantatregister

Alle Messungen wurden durchgeführt und die KSB-internen Zielwerte erfüllt (detaillierte Angaben finden Sie im Kapitel E „ANQ-Indikatoren“).

Messungen Kontaktgruppe Qualität Aargau (KQA)

Wie in allen Akutspitälern des Kantons Aargau wurde im 4. Quartal eine Messung zur Patientenzufriedenheit durchgeführt. Ausführliche Angaben finden Sie im Kapitel D1.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Funktionierende Qualitätsmanagementsysteme unterliegen ständigen Veränderungen. Organisationen müssen sich weiterentwickeln, um den stetig wachsenden Anforderungen des Marktes gerecht zu werden.

Im KSB liegt deshalb der Schwerpunkt der Qualitätsentwicklung in den Aspekten:

Integriertes Risikomanagement

Die Sicherheit unserer Patientinnen und Patienten hat für uns oberste Priorität. Daher liegt der Fokus der Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren in der Weiterentwicklung eines Risikomanagements am KSB. Diese Thematik wird von gängigen Qualitätsmanagement-Modellen und Zertifizierungsverfahren vorausgesetzt und geprüft. Ziele eines ganzheitlichen und integrierten Risikomanagements sind die Erhöhung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit und eine Reduktion von Risiken durch die Verbesserung von Prozessen und Strukturen. Dieses Ziel erfordert die Erhöhung der Transparenz und Information über alle betriebswirtschaftlichen und klinischen Risiken am KSB. Ein wichtiges Element soll hierbei die Entwicklung einer positiven Fehlerkultur sein. Dazu gehört die Schaffung einer Atmosphäre, in der offen und konstruktiv über Fehler und Risiken berichtet werden kann. Die Ursachenanalyse und Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen stehen dabei im Vordergrund.

Prozessorientierung

Viele Bereiche des KSB legen ihr Qualitätsmanagement-System anhand der DIN ISO 9001:2008 aus und haben damit die Management-, Kern- und Unterstützungsprozesse im Fokus ihres Handelns. Das Prozessmanagement beschäftigt sich mit der Erfassung, der Visualisierung, der Optimierung und der Implementierung von Abläufen: „Wer macht was, wann, wo, wie und womit?“ Das sind zentrale Fragestellungen des Prozessmanagements. Zur Verbesserung und Steuerung der Prozesse werden Kennzahlen definiert und die sich daraus ergebenden Erkenntnisse fließen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (Plan-Do-Check-Act-Zyklus) ein. Ziel des Prozessmanagements ist es, Abläufe für alle Beteiligten transparent und verständlich darzustellen.

Bildung von Kompetenzzentren

QM- und Zertifizierungs-Projekt im Bereich Onkologie

Im KSB sind derzeit das Brustzentrum und das Darmzentrum zertifiziert. Um auch die anderen Krebserkrankungen abzudecken, sollte in einem weiteren Schritt die Zertifizierung des „Onkologischen Zentrums“ angestrebt werden.

Aktuell stehen zwei für den deutschsprachigen Raum relevante Zertifizierungssysteme für Onkologische Kompetenzzentren zur Verfügung:

- Onkologisches Zentrum der DGHO (Dt. Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie)
- Onkologisches Zentrum der DKG (Dt. Krebsgesellschaft)

QM- und Zertifizierungs-Projekt im Bereich Bewegung

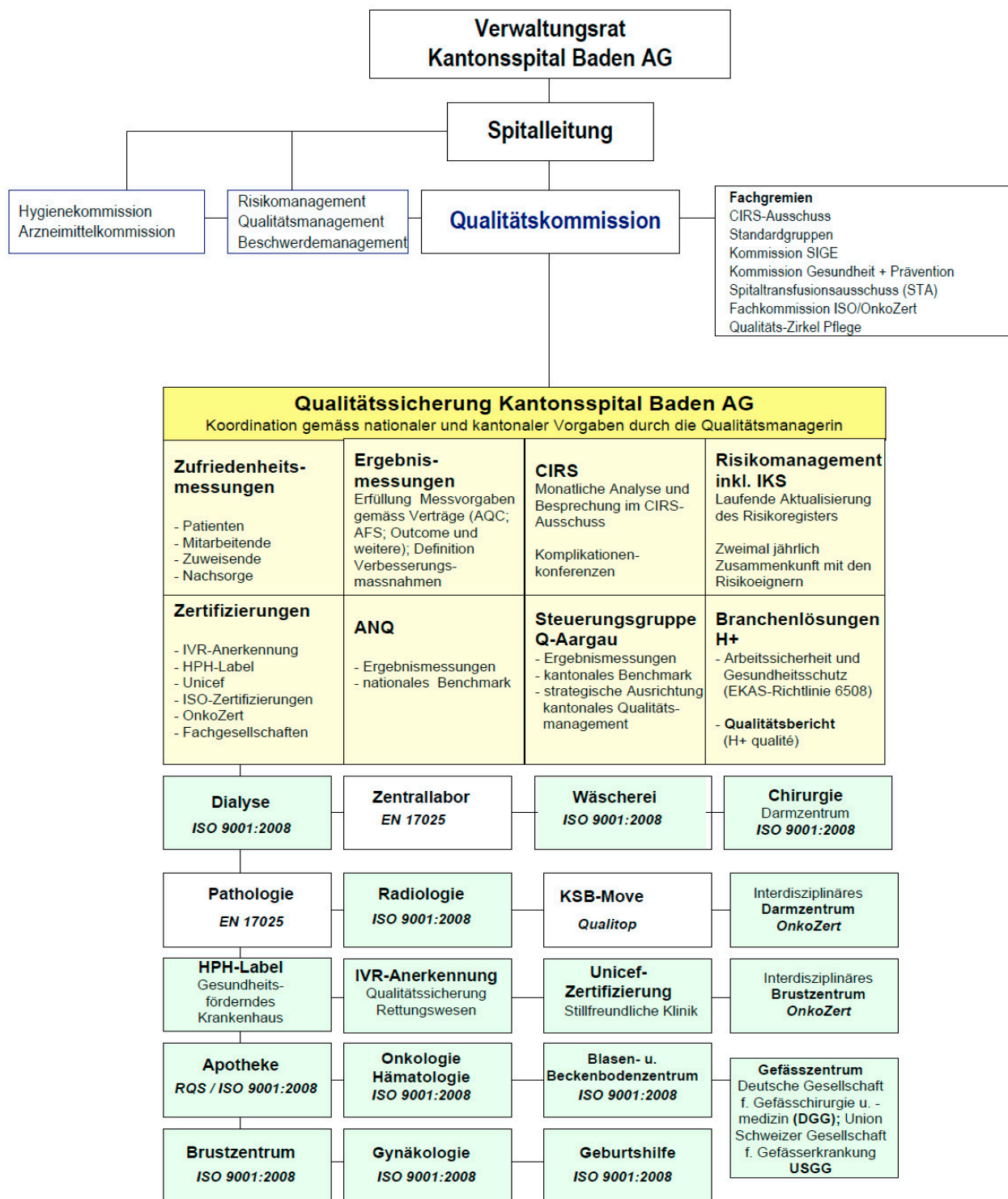
Im Bereich „Krankheiten des Bewegungsapparates“ ist die Endoprothetik von besonderer Bedeutung. Da das KSB in diesem Bereich einen klinischen Schwerpunkt anbietet, sollte das Zertifizierungskonzept diesen Schwerpunkt unterstützen.

Aktuell (seit Herbst 2012) gibt es für den deutschsprachigen Raum ein relevantes Zertifizierungssystem für Endoprothetikzentren mit zwei Ausprägungen:

- Endoprothetik-Zentrum
- Endoprothetik-Zentrum der Maximalversorgung

Das Zertifizierungssystem wird angeboten von der Dt. Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, der Dt. Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie und dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	
	190 % Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Yvonne Biri Massler	056 486 29 02 (Sekretariat)	yvonne.biri@ksb.ch	Pflegedirektorin, Qualitätsbeauftragte Spitalleitung (Vorsitz Qualitätskommission)
lic. iur. Dieter Keusch	056 486 21 52 (Sekretariat)	dieter.keusch@ksb.ch	CEO (Vorsitz Risikomanagement)
Marco Bellafore		marco.bellafore@ksb.ch	Leiter Stabsstelle Spitalleitung (Haftpflichtwesen)
Dr. med. Andrée Friedl		andree.friedl@ksb.ch	Leitende Ärztin Innere Medizin (Vorsitz Hygienekommission)
Eveline Holdener-Mascheroni MNS		eveline.holdener@ksb.ch	MNS Leiterin Pflegeentwicklung
Florian Humbel		florian.humbel@ksb.ch	Projektleiter Prozess- & Projektmanagement (Vorsitz Kommission SIGE)
Prof. Dr. med. Rahel Kubik		rahel.kubik@ksb.ch	Departementsleiterin Medizinische Dienste
Thorsten Mühlhauser		thorsten.muehlhauser@ksb.ch	Leiter Medizincontrolling
Claudia Pracht M.A.		claudia.pracht@ksb.ch	Risikomanagement
Dr. med. Hans-Rudolf Rätz		hans-rudolf.raez@ksb.ch	Leitender Arzt Innere Medizin
Martina Rütschlin		martina.rütschlin@ksb.ch	Qualitätsmanagement
Anton Schmid		anton.schmid@ksb.ch	Departementsleiter Betriebswirtschaft & Infrastruktur (BWI)
Dr. med. Markus Schwendinger		markus.schwendinger@ksb.ch	Departementsleiter Interdisziplinäres Notfallzentrum
Dr. med. Cornelia Urech-Ruh		cornelia.urech@ksb.ch	Leitende Ärztin Frauenklinik
Dr. pharm. Peter Wiedemeier		peter.wiedemeier@ksb.ch	Leiter Spitalapotheke (Vorsitz Arzneimittelkommission)
Holger Jung		holger.jung@ksb.ch	Leiter Beschwerdestelle
Sahit Kerhanaj		sahit.kerhanaj@ksb.ch	Leiter Multiprojektmanagement

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

http://www.kantonsspitalbaden.ch/baden_d/Organisation/Jahresbericht.php

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Kantonsspital Baden → Kapitel „Leistungen“.

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Chirurgie	Kantonsspital Baden	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Kantonsspital Baden	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)		Konsiliararzt
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Kantonsspital Baden	
Handchirurgie	Kantonsspital Baden	Belegärzte für Handchirurgie in enger Zusammenarbeit mit Klinik für Handchirurgie und plastische Chirurgie Kantonsspital Aarau
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Kantonsspital Baden	Kooperationspartner Medizinisches Zentrum Brugg; Kreisspital Muri und RehaClinic Bad Zurzach
☒ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	Kantonsspital Baden	
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Kantonsspital Baden	Konsiliarärzte
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Kantonsspital Baden	
☒ Geriatrie (Altersheilkunde)	Kantonsspital Baden	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	Kantonsspital Baden	Zentrum des KSB im Medizinischen Zentrum Brugg
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Kantonsspital Baden	
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen)	Kantonsspital Baden	

☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Kantonsspital Baden	Zentrum des KSB im Medizinischen Zentrum Brugg
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Kantonsspital Baden	Dialyse-Zentren des KSB im Medizinischen Zentrum Brugg und Kreisspital Muri
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Kantonsspital Baden	
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	Kantonsspital Baden	
Intensivmedizin	Kantonsspital Baden	
Kinderchirurgie	Kantonsspital Baden	Zusammenarbeit mit Kantonsspital Aarau
Langzeitpflege		Kooperationen mit diversen Pflegezentren und Altersheimen im Ostaargau
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)		Zusammenarbeit in akutnaher Neurorehabilitation mit RehaClinic Bad Zurzach
Ophthalmologie (Augenheilkunde)		Belegärzte
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Kantonsspital Baden	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)		Belegärzte
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Kantonsspital Baden	
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)	Kantonsspital Baden	
Psychiatrie und Psychotherapie		Kooperation mit PDAG (Psychiatrische Dienste Aargau) bzw. Externe Psychiatrische Dienste EPD Baden
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	Kantonsspital Baden	Institut des KSB im Medizinischen Zentrum Brugg
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Kantonsspital Baden	

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Kantonsspital Baden	Konsiliarärzte
Ergotherapie	Kantonsspital Baden	
Ernährungsberatung	Kantonsspital Baden	
Logopädie	Kantonsspital Baden	
Physiotherapie	Kantonsspital Baden	
Psychologie		Kooperation mit PDAG (Psychiatrische Dienste Aargau) bzw. Externe Psychiatrische Dienste EPD Baden
Wundberatung	Kantonsspital Baden	

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

http://www.kantonsspitalbaden.ch/baden_d/Organisation/Jahresbericht.php
Bemerkung

D

Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise → Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot → Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☒	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
☒	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.			
☐	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2016	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse der letzten Befragung				
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
Gesamter Betrieb				
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
Ärzte	88.3	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“		
Pflege	86.4	7 Fragen zum Messthema „Pflege“		
Organisation	81.3	7 Fragen zum Messthema „Organisation“		
Essen	82.9	3 Fragen zum Messthema „Essen“		
Wohnen	80.1	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“		
Öffentliche Infrastruktur	84.5	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“		
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	Mecon	☐ Anderes externes Messinstrument		
☐	Picker	Name des Instruments		Name des Messinstituts
☐	PEQ			
☐	MüPF(-27)			
☐	POC(-18)			
☐	PZ Benchmark			
☒	Eigenes, internes Instrument	Freitext-Fragebogen „Zufrieden mit uns?“		
Beschreibung des Instruments		Während messungsfreien Intervallen wird die Patientenzufriedenheit mit dem Freitext-Fragebogen „Zufrieden mit uns?“ eruiert.		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt		
	Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		1089 Fragebogen		
Rücklauf in Prozent		46.1 %	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein ☐ Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen - konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
☒	Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.
Bezeichnung der Stelle	Beschwerdestelle Kantonsspital Baden AG
Name der Ansprechperson	Holger Jung
Funktion	Leiter Beschwerdestelle
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Montag bis Freitag jeweils zwischen 09:00-11:00 Uhr und 14:00-16:00 Uhr über Telefon 056 486 29 40 (bei Abwesenheit Telefonbeantworter); Mailadresse: beschwerdestelle@ksb.ch

D2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
☐	Nein, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht.
Begründung	Die Angehörigen deponieren ihre Wünsche und Bedürfnisse direkt bei den Pflegefachpersonen und werden auch direkt miteinbezogen. Bei Beschwerden können Sie die Beschwerdestelle kontaktieren oder ihre Rückmeldung auf dem internen Patientenfragebogen „Zufrieden mit uns?“ formulieren.

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeberin und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
☒	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	62.7	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	61,6	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Pflegepersonal	62,2	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Therapeuten	67.7	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
med.-tech. Personal	60.0	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	66.1	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☒	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstituts MECON measure & consult GmbH

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden wurden befragt		
	Ausschlusskriterien	Keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		1149		
Rücklauf in Prozent		54.8	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Personalstrategie	Zufriedenheit/Bindung der Mitarbeiter steigern	ganzes KSB	bis ca. 2018
KITA Studie FHNW (KITA = Kindertagesstätte)	Bedürfnisse der Mitarbeiter bzgl. KITA erheben	ganzes KSB	bis ca. 2018
Präsenzmanagement	Korrelationen Mecon-Absenzen - Fluktuation	ganzes KSB	2014

D4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweiser (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiser-Zufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
☒	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .
Begründung	Die Zuweiserzufriedenheit wurden 2008 erstmals und wiederholt 2012 indirekt mit der Erhebung „Austrittsmanagement“, wo unter anderem die nachsorgenden Institutionen befragt werden, erhoben. Da dabei jeweils pro Patient ein Fragebogen an die nachsorgende Institution verschickt wurde, hatten die zuweisenden Hausärzte zahlreiche Fragebögen zu beantworten, was einigen Unmut auslöste. Das KSB hat diese Kritik ernst genommen und daher eine restriktive Vorgehensweise bezüglich der Durchführung von Zuweiserbefragungen beschlossen.



Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs 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 Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	☒	☐	☐
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	☒	☐	☐
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss Swisnoso	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Patientenzufriedenheit	☒	☐	☐
SIRIS Implantat-Register	☒	☐	☐
Kinderspezifischer Messplan			
Messung der postoperativen Wundinfekte nach Appendektomien	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Nationale Elternbefragung	☒	☐	☐
Bemerkung			

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch

E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Mit der Methode SQLape®¹ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?					
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				2012 (BFS-Daten 2011)	
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ²	Interpretation
Intern	Extern				
3.48%	0.5%	4.16%	3.69% - 4.63%	B	A = gut B = normal C = muss analysiert werden

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Ein normales Ergebnis, kein Handlungsbedarf	

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ³

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Anzahl auswertbare Austritte		12'955
Bemerkung		

¹ SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

² A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

³ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:			
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ⁴ A, B oder C
2.54%	2.73%	2.39% - 3.07%	B
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Ein normales Ergebnis, kein Handlungsbedarf			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ⁵		
Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)	
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).	
Anzahl auswertbare Operationen		7'939	
Bemerkung			

⁴ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

⁵ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthalts.

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30 Tagen** nach der Operation auftreten. Bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen folgt ein Follow-Up erst nach 1 Jahr.

Ab dem 1. Oktober 2013 erfassen alle Spitäler, die Appendektomien durchführen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, auch postoperative Wundinfektionen. Die Ergebnisse erhalten die Spitäler und Kliniken im März 2015.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

Informationen für das Fachpublikum					
Auswertungsinanz	Swissnoso				
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung durchgeführt?					
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:				
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:				
Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauens-intervall ⁶ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauens-intervall CI = 95%)
☒ Gallenblase-Entfernungen	210	2	1.0%	0.1-3.4	3.0% (1.6-5)
☐ Blinddarm-Entfernungen					
☐ Hernienoperationen					
☒ Dickdarm (Colon)	58	20	34.5%	22.5-48.1	26.6% (19.5-34.8)
☐ Kaiserschnitt (Sectio)					
☐ Magenbypassoperationen (optional)					
☐ Rektumoperationen (optional)					
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					

⁶ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2013 (01. Oktober 2012 – 31. September 2013) noch keine Resultate vor.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2011 – 30. September 2012					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁷ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Herzchirurgie					
☒ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	195	2	1,0%	0.1-3.7	3.5 (1.6-6.6)%
☐ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen					
Wertung der Ergebnisse					

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Bemerkung		

⁷ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁸ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Deskriptive Messergebnisse 2013			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁹
12	In Prozent	6,1 %	Das Durchschnittsalter der gestürzten Patienten am KSB beträgt 78.4 Jahre gegenüber dem CH-Vergleich 74.0 Jahre

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		202	Anteil in Prozent (Antwortrate) 75,9%
Bemerkung			

⁸ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

⁹ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Dekubitus (Wundliegen)

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch. Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Dekubitus bei Kindern stehen in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	12 Pat.	5.9%
	ohne Kategorie 1	8 Pat.	4.0%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	6 Pat.	3.0%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	5 Pat.	2.5 %
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	5 Pat.	2.5 %
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	3 Pat.	1.5 %

Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	0	0%
	ohne Kategorie 1	0	0%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	0	0%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	0	0%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0%

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.	
	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	- Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung	
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene		202 Pat.	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 75.9 %
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche		14 Pat.	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 100 %

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Mobility Monitor	relevante Bewegungen der Patienten für die Entlastung (Prävention) überwachen, analysieren und Handlungsbedarf ableiten	Medizin, Chirurgie	01.01.2014 - 01.04. 2015

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik

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

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		☐ ...nur an folgenden Standorten:	

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Vertrauens-intervall ¹⁰ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.01	8,85 – 9,16	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.77	8,63 – 8,91	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.02	8,88 – 9,15	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.96	8,84 – 9,09	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.36	9,25 – 9,48	0 = nie 10 = immer

Bemerkungen	
Das Vertrauensintervall bezieht sich auf Spitäler gleicher BFS -Kategorie	

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinanz	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2013 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Anzahl angeschriebene Patienten		944	
Anzahl eingetroffener Fragebogen		485	Rücklauf in Prozent 51.4%

¹⁰ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-6 Nationale Elternbefragung 2013 in der Akutsomatik

Auch im Kinderbereich ist die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität ein wichtiger Qualitätsindikator. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Eltern um diese Beurteilung gebeten. Dazu wurden die fünf Fragen des ANQ-Kurzfragebogen auf die Perspektive der Eltern angepasst.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	

Messergebnisse 2013			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Vertrauens-intervall ¹¹ CI = 95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.88	8,54 – 9,21	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.77	8,31 – 9,22	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.93	8,56 – 9,30	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9.45	9,13 – 9,77	0 = nie 10 = immer
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	8.14	7,44 – 8,84	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen			
Das Vertrauensintervall bezieht sich auf Spitäler gleicher BFS -Kategorie			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	hcrl AG und MECON measure & consult GmbH

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Kinder und Jugendlichen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2013 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Anzahl angeschriebene Eltern		92	
Anzahl eingetreffener Fragenbogen		49	Rücklauf in Prozent 53.3%

¹¹ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-7 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse		
Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch		
Bemerkung		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantate
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkung		
Informationen für das Fachpublikum		
Auswertungsinstanz	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFO)	

F6 Weiteres Messthema

Messthema	Austrittsmanagement durch Care Management
Was wird gemessen?	Vermeidung von Versorgungsunterbrüchen, Optimierung von Schnittstellen und Zufriedenheit der Patienten wie auch der nachsorgenden Institutionen (Hausärzte, Alters- und Pflegeheime, Spitex etc.)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	
Messthema	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Austrittsmanagement	Telefonische Befragung der Pat., sowie der Spitex mit Hilfe desselben, bereits in den Jahren 2011 und 2012 eingesetzten und bewährten standardisierten Fragebogens. Die Befragung erfolgte abhängig von der Erreichbarkeit innert 24 Std. bis 72 Std. maximal 5 Tage nach Austritt. Gleichzeitig wurden ebenfalls die involvierten Spitexinstitutionen befragt. Es zeigt sich, dass 78% der Pat. mit der gesamten Austrittsorganisation sehr zufrieden, 16% zufrieden und 6% teilweise zufrieden waren. Gegenüber den Vorjahren mit 55%/2011 und dann 75%/2012 konnte bei den sehr zufriedenen Pat. nochmals eine Verbesserung erreicht werden.

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013		
☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Standardisierte Patientenbefragung nach Entlassung
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten	63 Patienten und 53 Spitexorganisationen	
Bemerkung	Es wurde im Jahr 2013 bei insgesamt 63 Patientinnen- und Patientenfällen, nach dem Zufallsprinzip ausgelesen, eine Befragung zur Austrittsorganisation durch das Care Management gemacht. Parallel zu den Patienten wurden 53 Spitexorganisationen befragt	

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

Nimmt der Betrieb an Registern teil?

☒ Ja, unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.

Registerübersicht¹²

Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2005	Baden
AMIS Plus Akuter Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2002-2011	Baden
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2004	Baden
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1998	Baden
FIVNAT-CH Fécondation In Vitro National	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch/	2000	Baden
KTRZ Knochentumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochentumor-referenzzentrum/	sporadisch seit 1993 (im KSB gibt es selten solche Tumoren)	Baden
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008	Baden
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Einführungsdatum unbekannt	Baden

¹² Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/service/forum_medicinische_register.cfm

MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	2008	Baden
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2006 (Monitor- studie)	Baden
SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch	2010	Baden
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch	2010	Baden
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrgap.ch	2007 -2010	Baden
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2012	Baden
Krebsregister	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
NICER - Nationales Institut für Krebs-epidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebs-epidemiologie und - registrierung www.nicer.org	2013 über Krebs- register Kt. Aargau	Baden
Krebsregister Aargau	Alle	http://krebsregister-aargau.ch/		
Erfassung abdomineller Bauchaortenaneurysmen QS-BAA-Register	Gefässchirurgie	DIGG (Deutsches Institut für gefässmedizinische Gesundheitsforschung) www.digg-dgg.de	2012	Baden
Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM) FertiSave-Register	Kinderwunschzentren	www.sgrm.org	2012	Baden
Swiss venous thromboembolism Registry - Swivter	Register über Thrombosen und Lungenembolien		2013	Baden



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz EKAS, H+-Branchenlösung	Gesamtspital	2009		Mit der Bestnote von 6.0 ein äusserst erfolgreiches und erfreuliches Audit.
HPH-Label gesundheitsförderndes Spital	Gesamtspital	2005	2009	
ISO 9001:2008	Radiologie (Standorte Baden und Brugg)	2004	2013	
ISO/IEC 17025	Pathologie	2011		Akkreditierung
ISO 9001:2008	Kinderwunschzentrum	2006	2011	
ISO 9001:2008	Beckenbodenzentrum	2008	2013	
ISO 9001:2008 und Zertifikat nach OnkoZERT (DGS/DKG)	Interdisziplinäres Brustzentrum (IBZ)	2008	2013	Das IBZ und das IDZ haben mit allen beteiligten Kooperationspartnern die fachspezifischen Vorgaben und Anforderungen hinsichtlich Behandlungs- und Ergebnisqualität der Deutschen Krebsgesellschaft erfüllt und somit das Zertifikat nach OnkoZert erhalten.
ISO 9001:2008 und Zertifikat nach OnkoZERT (DKG)	Interdisziplinäres Darmzentrum (IDZ)	2011		
ISO 9001:2008	Dialysestation (Standorte Baden, Brugg und Muri)	2007	2013	
ISO 9001:2008 Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS)	Spitalapotheke	2012		
Zertifizierung nach Vorgaben der Deutschen Fachgesellschaft für Gefässchirurgie DGG	Gefässchirurgisches Zentrum	2012		
IVR-Anerkennung	Rettungsdienst	2005	2011	
UNICEF-Anerkennung „Stillfreundliche Klinik“	Wochenbettabteilung	2005	2012	
ISO 9001:2008	Wäscherei (Standorte Baden und Königsfelden)	2003	2012	

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit), welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Meldeportal® St. Galler CIRS (Critical Incident Reporting System)	Systematische Verbesserungspotenziale durch Melden von kritischen Zwischenfällen ermitteln Vermeidung von Schadenfällen	Meldekreise: - Innere Medizin - Chirurgie - Frauen und Kinder-Klinik - Medizinische Dienste - Interdisziplinäres Notfallzentrum	Mai 2011 – auf weiteres
Meldeportal® Hämovigilanz und Hämovigilanz Near Miss	Unerwünschte Wirkungen vor, während und nach der Verabreichung von Blutprodukten erfassen	Gesamtspital	Mai 2011 – auf weiteres
Meldeportal® Materiovigilanz	Vorkommnisse mit Medizinprodukten wie z.B. Verbrauchsmaterial oder medizinische Geräte erfassen	Gesamtspital	Mai 2011 – auf weiteres
Meldeportal® Pharmakovigilanz	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen erfassen	Gesamtspital	Mai 2011 – auf weiteres
Meldeportal® Sturzmeldungen	Stürze im Spital erfassen und Massnahmen zur Sturzvermeidung erarbeiten	Gesamtspital	Mai 2011 – auf weiteres
Meldeportal® Dekubitusmeldungen	Entstandener Dekubitus im Spital erfassen und Massnahmen zur Vermeidung erarbeiten	Gesamtspital	Mai 2011 – auf weiteres
Meldeportal® Aggressionsmanagement	Strukturierte, Online-Erfassung von Aggressionsereignissen mit dem SOAS-Fragebogen (Staff Observation Aggression Scale) wegen einer Häufung von verbalen Bedrohungen und Gewaltdelikten.	Gesamtspital	November 2012 – auf weiteres
Einführung Multiprojektmanagement	Unternehmensweite Planung und Steuerung der Projektlandschaft	Gesamtspital	Im Aufbau seit Juli 2012 – auf weiteres
Einführung Rahmenkonzept Prozessmanagement	Unternehmensweite Prozessdarstellung in der Internationalen Notation BPMN 2.0	Gesamtspital	September 2012 – auf weiteres
Projekt Arzneimittelkonzept	Sichere Medikation	Gesamtspital	2013
Projekt Vorgehen und Support nach einem schwerwiegenden Ereignis	Mitarbeitersicherheit	Gesamtspital	2013
Permanente Aktivitäten			
Hygienekommission	Beratung und Erstellen von Normen rund um die Spitalhygiene	Gesamtspital	fortlaufend
Arzneimittelkommission	bestimmt die im KSB zu verwendenden Arzneimittel/ Arzneimittelsicherheit	Gesamtspital	fortlaufend
Ethikforum	initiiert und fördert die Diskussion von ethische Fragestellungen	Gesamtspital	fortlaufend
Kommission für Ernährung	erarbeitet Richtlinien betreffend einer patientengerechten Ernährung	Gesamtspital	fortlaufend

Kommission Pflegequalität	Pflegequalitätsindikatoren definieren	Gesamtspital	fortlaufend
IPAS -Zirkel	IPAS ist eine im Aufbau begriffene gemeinsame präoperative Sprechstunde der Departemente Anästhesie und Intensivmedizin, Chirurgie und der Frauenklinik	Gesamtspital	fortlaufend
Materialkommission	Beschaffung bei der optimalen Güterwahl der medizinischen Konsumgüter	Gesamtspital	fortlaufend
Qualitätskommission	umfassende Qualitätssicherung und –förderung nach (H+) Kriterien	Gesamtspital	fortlaufend
SIGE	initiiert und fördert das Thema Arbeitssicherheit	Gesamtspital	fortlaufend
Spitaltransfusionsausschuss	Festlegen einer KSB-internen Transfusionspolitik, im Einvernehmen mit nationalen Vorgaben	Gesamtspital	fortlaufend
Personalkommission	fördert die Zusammenarbeit im Betrieb sowie das gute Zusammenwirken zwischen den leitenden Organen und dem Personal	Gesamtspital	fortlaufend

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?

☒ **Ja**, unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.

☒	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.
Bemerkung	Ein entstandener Schaden oder Zwischenfall ist in den meisten Fällen nicht das Verschulden eines einzelnen Mitarbeiters, sondern die Folge einer fehlerhaften Prozesskette. Risiken für Patient und Mitarbeiter werden aktiv gemanagt, indem man sie identifiziert, analysiert und aktiv dafür sorgt, dass sie zukünftig nicht mehr auftreten. Nach dem Motto „Man muss einen Fehler nicht begehen um ihn zu vermeiden“ steht den Mitarbeitenden des KSB ein freiwilliges, sanktionsfreies Zwischenfallmeldesystem – international bekannt als CIRS (Critical Incident reporting System) - zur Verfügung. Über ein Meldeportal im Intranet können anonym kritische Zwischenfälle gemeldet werden. Die Meldungen werden zentral vom Qualitäts- und Risikomanagement anonymisiert und an die betreffenden Meldekreisverantwortlichen weiter geleitet. Folgende Meldekreise wurden definiert: Innere Medizin, Chirurgie, Frauen und Kinder, Medizinische Dienste, Interdisziplinäres Notfallzentrum, so wie Anästhesie und Intensivmedizin. Pro Meldekreis sind zwei CIRS-Verantwortliche (Arzt/Ärztin und Kadermitarbeitende Pflege bzw. andere Berufsgruppe) benannt. Die Meldekreisverantwortlichen bearbeiten die Fälle (nach dem London-Protokoll). Die Erkenntnisse aus dem CIRS führen im Rahmen des Risikomanagements zu Maßnahmen der Verbesserung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit im Krankenhaus.

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitle	Konzept Sichere Medikation am Kantonsspital Baden	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Arzneimittelsicherheit – Potenzielle Fehlerquellen ausschalten	
Beschreibung	Medikationsfehler stellen das quantitativ bedeutendste Risiko für die Sicherheit von Patienten dar. Es gibt viele Gründe, die zu Verwechslungen führen können: Der Griff zum falschen Medikament kann schneller passieren, als man glaubt. Eine kurze Ablenkung, in Gedanken schon beim nächsten Patienten oder falsche Sicherheit durch alltägliche Routinen Mit dem Konzept Sichere Medikation sollen folgende Ziele erreicht werden: • Relevante Aspekte einer sicheren Medikation sind definiert • Das einheitliche Vorgehen gewährt eine sichere Medikation und ist ein wesentlicher Beitrag zur Prävention von Medikationsfehler	
Projektablauf / Methodik	Als Grundlage für das Konzept dient der sanaCERT-Standard 26. Die an das KSB adaptierte Version wurde von einer Kerngruppe (Leiter Spitalapotheke, Stv. Leiterin Spitalapotheke und Pflegexpertin) erarbeitet und in einem Sounding Board bestehend aus Pflegefachpersonen und Ärzten besprochen und adaptiert. Nach Verabschiedung in der Spitalleitung wird das Konzept 2014 eingeführt	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflegefachpersonen, Spitalapotheke	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Erfolgt 2014	
Weiterführende Unterlagen	Auskunft erteilt Dr. Peter Wiedemeier, Apotheker (E-Mail: peter.wiedemeier@ksb.ch)	

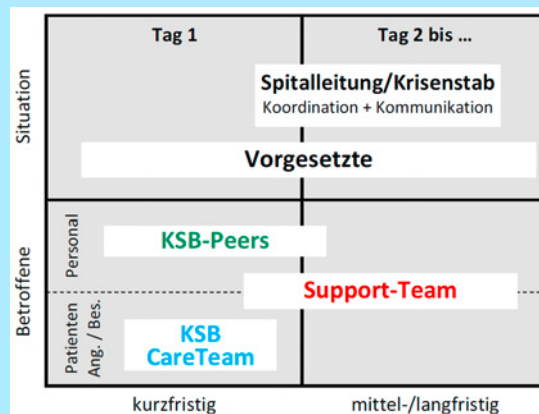
Projekttitle	Vorgehen und Support nach einem schwerwiegenden Ereignis	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	• Ablauf-, Zuständigkeits- und Entscheidungsklarheit nach spitalinternen schwerwiegenden Ereignissen (Behandlungsfehler/-zwischenfälle; aussergewöhnliche Todesfälle von Patienten oder Mitarbeitenden; schwere Betriebsunfälle; Gewalttaten gegen Mitarbeitende, Patienten, Besucher) • Umfassendes Krisenmanagement nach innen und aussen (Information/Kommunikation/Medienarbeit; psychologische Nothilfe für Patienten, Angehörige und Mitarbeitende sowie weiterführende Betreuung bei Bedarf; Reintegrationsunterstützung für Mitarbeitende) • Förderung einer betriebsinternen Vertrauens- und Sicherheitskultur durch einen konstruktiven, transparenten und lernorientierten Umgang mit Fehlern • Kompatibilität des Krisenkonzeptes nach schwerwiegenden Ereignissen mit den Vorgaben von Bund und Kanton (CareTeam, KSB-Peers)	
Beschreibung	• Sollte es am Spital zu einem schwerwiegenden Ereignis kommen, so ist dies mit grosser psychischer Belastung für die direkt oder indirekt betroffenen Menschen verbunden (s.o.). Es sind in der Regel Ereignisse mit hoher emotionaler Aufladung. Meist sind mehrere Personenkreise betroffen: Patienten, Angehörige, Mitpatienten, Mitarbeitende und Vorgesetzte diverser Bereiche und Dienste, Pflegende, Ärzteschaft u.a. Deshalb ergeben sich allgemein vielfältige und manchmal auch weitreichende Folgen für die involvierten Menschen und den Betrieb. • Um Schäden aller Art für die Menschen und den Betrieb sowohl kurz- wie längerfristig möglichst gering zu halten, braucht es ein bewusstes Management solcher Ereignisse auf der Basis einer im Betrieb gewachsenen Sicherheits- und Vertrauenskultur. Die Enttabuisierung von Fehlern ist dafür zwingend. Leitsatz Spitalleitung: Das KSB verfügt deshalb für das Bewältigen von schwerwiegenden Ereignissen über ein umfassendes Konzept.	
Projektablauf / Methodik	Anfang 2011 gab die Spitalleitung einer AG den Auftrag, ein pragmatisches Konzept für das Vorgehen nach schwerwiegenden Ereignissen zu erarbeiten.	

- Die AG entwarf und erprobte über zwei Jahre ein Konzept mit folgenden Eckpfeilern



- Der bestehende Krisenstab (= Spitalleitung; zuständig für übergeordnete Koordination und Kommunikation) wurde mit einem Supportteam ergänzt, das der Spitalleitung, betroffenen Vorgesetzten und Mitarbeitenden in allen erforderlichen Belangen Support und Entlastung anbietet.
- Die akute psychologische Nothilfe vor Ort wird durch ein internes CareTeam (für Patienten und Angehörige) und durch KSB-Peers (fachkollegiale Nothilfe) gewährleistet. Die Mitglieder beider Gruppen werden gemäss der Vorgaben des Nationalen Netzwerks für Psychologische Nothilfe NNPN des Bundes ausgebildet.

Die gesamte Funktionalität ist in folgender Grafik abgebildet:



☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.

Involvierte Berufsgruppen

Alle Berufsgruppen mit Risikopotenzial für schwerwiegende Ereignisse

Projektevaluation / Konsequenzen

- Nach einem schwerwiegenden Ereignis findet innert 48 Stunden eine Evaluation des Krisenmanagements unter Leitung des Support-Teams statt; weitere nötige Schritte werden festgelegt.
- Jeweils involvierte Mitglieder des CareTeams und der KSB-Peers werden ebenfalls nachbetreut und erhalten regelmässig Supervision.

Weiterführende Unterlagen

- Konzept und SL-Weisung Vorgehen und Support nach einem schwerwiegenden Ereignis
- SL-Weisung Kommunikation in Krisensituationen
- Teilkonzepte KSB-Care Team und KSB-Peers
- Gesprächsleitfäden für Peers, Ärzte und Vorgesetzte für Gespräche mit Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden (Patientensicherheit Schweiz, Schriftenreihe und Broschüren, www.patientensicherheit.ch/de/publikationen)
- Einsatzrichtlinien und Ausbildungsstandards für die psychologische Nothilfe Schweiz. Eidgenossenschaft / Koordinierter Sanitätsdienst KSD + Nationales Netzwerk Psychologische Nothilfe NNPN, Bern, 1. Januar 2013
- London-Protokoll zur Fehleranalyse (Quelle: Patientensicherheit Schweiz)

Auskunft erteilt Erich Lustig, Fachspezialist Bildung und Beratung KSB (E-Mail: erich.lustig@ksb.ch)

Mit der Annahme des KVG wurde der Auftrag gesetzlich verankert, dass die Spitäler Qualität zielgerichtet und systematisch zu sichern und fördern haben. Auf dieser Grundlage hat das Kantonsspital Baden eine Führungsrolle eingenommen, um den Bedürfnissen der Kunden nach Qualität und Sicherheit aber auch den gesetzlichen Vorgaben nachzukommen.

Qualitätsförderung im Spital geschieht nicht durch externen Druck, sondern durch den positiven persönlichen Ehrgeiz aller Mitarbeitenden, das Beste für ihre Kunden zu geben. Die Diskussionen um Qualität und Sicherheit in der Medizin sind keine Modeerscheinungen, sondern sind integraler Bestandteil ärztlichen und pflegerischen Handelns. Qualität und Sicherheit gehören zur Kernkompetenz des KSB. Qualität und Sicherheit hat mit medizinischem Fortschritt sowie mit personellen und technischen Ressourcen zu tun, ohne deren adäquate Bereitstellung heute keine effiziente und kundengerechte medizinische Versorgung mehr möglich ist. Das Kantonsspital Baden ist neben finanzieller Effizienz und Disziplin bemüht und seinen Kunden verpflichtet, dem medizinischen Fortschritt entsprechende Dienstleistungen anzubieten, um auch zukünftig eine gleichbleibend hohe Versorgungsqualität gewährleisten zu können.

Damit die Qualitätsentwicklung nachhaltig von allen Mitarbeitenden getragen und gelebt werden kann, hat das Spital die notwendigen personellen und organisatorischen Ressourcen und Strukturen nach folgenden Gesichtspunkten ausgerichtet:

- Die oberste Führungsebene des Kantonsspitals Baden ist in die Verantwortung eingebunden.
- Die Qualitätsentwicklung fokussiert sich auf überschaubare Projekte, welche ein klares Kosten-/ Nutzenverhältnis haben und deren Resultate für alle ersichtlich sind.
- Der organisatorische Aufbau muss mit bereits existierenden Organisationen kompatibel sein.
- Das Ziel und das wichtigste Hilfsmittel der Qualitätsentwicklung ist der Mensch.
- Die Qualitätsentwicklung muss kommunizierbar und fassbar sein.

Qualität ist für das KSB nicht nur das erreichte Ergebnis, sondern die Strukturen und Prozesse werden immer wieder hinterfragt und verbessert. Dabei ist die Interprofessionalität und Interdisziplinarität von grösster Bedeutung. Wir werden auch in den kommenden Jahren intensiv an unserer Qualität arbeiten und freuen uns darauf, Sie im nächsten Jahr über die Qualitätsentwicklungen in unserem Spital zu informieren.

Baden, im April 2014

1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.	10.	11.	12.
13.	14.	15.	16.

J2 **Legende Zertifikate**

- | | |
|---------|--|
| 1. & 2. | Zertifikat DIN EN ISO 9001:2008 ClarCert <ul style="list-style-type: none">▪ Radiologie▪ Dialyse▪ Interdisziplinäres Darmzentrum▪ Wäscherei▪ Frauenklinik▪ Interdisziplinäres Brustzentrum▪ Kinderwunschzentrum▪ Blasen- und Beckenbodenzentrum |
| 3. & 4 | Spitalapotheke
RQS Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken |
| 5. | DKG Interdisziplinäres Brustzentrum
Deutsche Krebsgesellschaft e.V. |
| 6. | Interdisziplinäres Brustzentrum
Qualitätssiegel Krebsliga Schweiz |
| 7. | DKG Interdisziplinäres Darmzentrum
Deutsche Krebsgesellschaft e.V. |
| 8. | Urkunde Anerkanntes Gefässzentrum
Deutsche Gesellschaft für Gefässchirurgie |
| 9 | Label Gesundheitsförderndes Krankenhaus
Mitglied des Schweizerischen Netzwerkes |
| 10. | Auszeichnung „Medizinische Klinik am Kantonsspital Baden“
Gemeinsam gegen Schmerzen – Krebsliga Schweiz |
| 11. | DKG Zertifikat Abteilung für Pathologie
Deutsche Krebsgesellschaft e.V. |
| 12. | Pathologie CH
Akkreditierung als Prüfstelle für klinisch-pathologische Diagnostik |
| 13. | Rettungsdienst Kantonsspital Baden
Anerkannter Rettungsdienst IVR |
| 14. | KSB Move
Zertifikat Qualitop |
| 15. | Auszeichnung Babyfreundliches Krankenhaus
UNICEF Schweiz |
| 16. | Zertifikat Wäscherei ISO 9001-2008
Swiss TS |

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



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.spitalinformation.ch nahe zu legen.



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.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). Die Begleitkommission Qualitätsempfehlung der SAMW prüft publizierte Qualitätsberichte und befürwortet die einheitliche Verwendung der strukturierten H+ Vorlage.