



**Kantonsspital Baden AG**  
5404 Baden



**Akutsomatik**

# Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

# Inhaltsverzeichnis

<b>A</b>	Einleitung .....	3
<b>B</b>	Qualitätsstrategie .....	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele.....	4
B2	Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011 .....	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011 .....	6
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren.....	7
B5	Organisation des Qualitätsmanagements .....	8
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement.....	9
<b>C</b>	Betriebliche Kennzahlen und Angebot .....	10
C1	Angebotsübersicht.....	10
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2011 .....	12
<b>D1</b>	Zufriedenheitsmessungen .....	13
D1-1	Patientenzufriedenheit .....	13
D1-2	Angehörigenzufriedenheit .....	14
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit .....	15
D1-4	Zuweiserzufriedenheit.....	16
<b>D2</b>	ANQ-Indikatoren.....	17
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® .....	18
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® .....	19
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO .....	20
D2-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ .....	21
D2-5	Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ.....	23
<b>D3</b>	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011 .....	25
D3-1	Anästhesiologische Komplikationen und perioperative Beschwerden .....	25
D3-2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ) .....	26
<b>D4</b>	Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	27
<b>E</b>	Verbesserungsaktivitäten und -projekte .....	28
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards .....	28
E2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte .....	29
E3	Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	30
<b>F</b>	Schlusswort und Ausblick .....	31
<b>G</b>	Anhang.....	32

# A

## Einleitung

Das Kantonsspital Baden (KSB) bietet als Kompetenzzentrum umfassende medizinische Versorgung für rund 300'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Es arbeitet eng mit Hausärzten, Spitälern und weiteren Gesundheitsorganisationen im Ostargau zusammen. 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 seines 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.

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](http://www.ksb.ch) abrufbar.

lic. iur. Dieter Keusch  
CEO Kantonsspital Baden AG

Yvonne Biri, MAS  
Qualitätsbeauftragte / Pflegedirektorin  
Mitglied der Spitalleitung

Prof. Dr. med. Jürg Hans Beer  
Chefarzt Medizin  
Stv. CEO

Prof. Dr. med. Rahel Kubik  
Chefärztin Radiologie  
Mitglied der Spitalleitung

Tony Schmid  
Leiter Betriebswirtschaft & Infrastruktur (BWI)  
Mitglied der Spitalleitung

lic. rer. publ. Daniel Kalberer  
Leiter Finanzen  
Mitglied der Spitalleitung

# B

## Qualitätsstrategie

### 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 Unternehmensphilosophie 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 QM-Systems 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      Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011**

### **Koordination ISO-Zertifikate**

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. Als bisher letzter Bereich folgte 2011 das interdisziplinäre Darmzentrum, welches sich ebenfalls nach ISO 9001:2008 und OnkoZert zertifizieren liess. Mit dem Ausbau der ISO-Zertifizierungen in die klinischen Bereiche stellte sich die Frage nach der strategischen Ausrichtung der Qualitätsmanagementaktivitäten. Die Spitalleitung entschied im Juni 2010 ein zentrales Zertifikat für die oben dargestellten ISO-zertifizierten Bereiche anzustreben. (Auskünfte erteilt: Daniela Vetterli, Dipl. Qualitätsmanagerin NDS HF, [daniela.vetterli@ksb.ch](mailto:daniela.vetterli@ksb.ch))

### **Einführung Management postoperatives Delir**

Patientinnen und Patienten mit Verwirrheitszuständen (Delirium) sind im Spital keine Seltenheit. Als auslösende Faktoren können nebst Operationen unter anderem auch Stress, Infektionen, Mangelernährung und Medikamente sein. Seit 1. Juli 2011 ist im KSB der Leitfaden: Prävention, Behandlung und Betreuung von Patienten im akuten Delir in Kraft. Die wichtigsten Risikofaktoren, Präventionsmassnahmen und ein Flussdiagramm mit Diagnostik und Therapie sind in einer „Kittelkarte“ für das Ärzte- und Pflegepersonal zusammengefasst. Mit einem systematischen Screening und frühzeitigen Interventionen soll der Schweregrad von Delirien reduziert werden. Neben dem bereits vorhandenen Leitfaden zur Prävention und Therapie von akut verwirrten Patienten im Akutspital wird als nächster Schritt ein Konzept zur Betreuung und Pflege von Patienten mit demenziellen Veränderungen im Akutspital erarbeitet. Die wichtigsten pflegerischen Massnahmen sollen die Selbstpflegefähigkeit der Patienten erhalten und die Patienten vor negativen gesundheitsbezogenen Auswirkungen schützen. Der Einsatz von geschulten Freiwilligen für die Alltagsbegleitung wird diskutiert. (Auskünfte erteilt: Eveline Holdener-Mascheroni, MNS Leiterin Pflegeentwicklung; [eveline.holdener@ksb.ch](mailto:eveline.holdener@ksb.ch))

### **Einführung Case Management**

Im Auftrag der Spitalleitung startete das Konzept Case Management im Oktober 2010 auf drei Allgemeinchirurgischen Stationen. Im Jahr 2011 wurden insgesamt 260 Patientinnen und Patienten durch das Case Management begleitet. Durch den Einsatz der Care Managerin wird eine Kontinuität der Ansprechperson für Patienten und Angehörige, so wie die internen und externen Leistungserbringer gewährleistet. Zudem konnte die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen gesteigert werden. Die Dienstleistungen des Case Managements richten sich in erster Linie an komplexe Patientensituationen mit erhöhtem Betreuungs- und/oder Koordinationsbedarfs, welche definierte Einschlusskriterien erfüllen. Ende Jahr 2011 wurde das Case Management in den Normalbetrieb überführt und die Einführung auf weiteren chirurgischen Kliniken sowie im Departement Medizin initialisiert. (Auskünfte erteilt: Beatrice Bähler, Leiterin Case Management; [beatrice.baehler@ksb.ch](mailto:beatrice.baehler@ksb.ch))

### **Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz**

Der Beitritt zur Branchenlösung der H+ erfolgte im 2001. Seither besteht die Kommission SIGE in einer paritätischen Zusammensetzung aus Vertretungen des Personalarztdienstes und Personalkommission, Pflege-, Hygiene- und Personalverantwortlichen sowie dem Sicherheitsbeauftragten und dem Qualitätsmanagement. Durch die jährliche Teilnahme an den ERFA-Tagungen sowie dem Controlling (Datenerfassung zur Absenzenkontrolle) ist ein Erfahrungsaustausch und Benchmark mit anderen Akutspitalern gewährleistet. Die Instruktion und Schulung der Mitarbeitenden ist vollständig, die Umsetzung der jährlichen Kampagnen der H+ ist weitgehend abgeschlossen. Die Gefahrenermittlung und Massnahmenplanung mit deren Umsetzung erfolgt aufgeteilt nach Kliniken und Departementen in einem wiederkehrenden Turnus von 3 Jahren. Nebst diesen regelmässigen Aufgaben hat die Kommission SIGE zusätzliche weitere Projekte wie die Einführung eines Personenschutzkonzeptes, der Erarbeitung eines Notfall- und Evakuationskonzeptes sowie weiteren kleineren Themen aufgenommen und sicherheitstechnisch umgesetzt. Alle diese Tätigkeiten wurden anlässlich des letzten Audits der Kommission SIGE zur Arbeitssicherheit im Jahr 2009 durch die H+ mit der Bestnote 6 honoriert. (Auskünfte erteilt: Florian Humbel, Koordinator SIGE; [florian.humbel@ksb.ch](mailto:florian.humbel@ksb.ch))

## **B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011**

Die Qualitätsziele werden jeweils unterteilt in **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** von der Qualitätskommission, erstellt und verabschiedet. Im Berichtsjahr 2011 wurden nachfolgende Ziele definiert und erreicht.

### **Strukturqualität**

Der bestehende *Qualitätsbericht* wurde erstmals nach den Vorgaben von H+qualität überarbeitet und publiziert.

### **Prozessqualität**

Im Zeitraum vom 23.-27.5.2011 fanden durch die Zertifizierungsgesellschaft ClarCert GmbH aus Neu-Ulm nachfolgende *Zertifizierungen bzw. Re-Zertifizierungen nach ISO 9001:2008 und OnkoZert* statt:

- Erst-Zertifizierung Darmzentrum inkl. OnkoZert
- Re-Zertifizierung Brustzentrum inkl. OnkoZert
- Re-Zertifizierung Beckenboden- und Kinderwunschzentrum
- Re-Zertifizierung Dialysestationen Standorte Baden, Brugg und Muri
- Re-Zertifizierung Institut für Radiologie Standorte Baden und Brugg
- Re-Zertifizierung Wäscherei Standorte Baden und Königsfelden

### *Interne Kampagne Händehygiene*

Nach der internen Kampagne im Frühling 2011 und der Wahrnehmung als Führungsaufgabe hat sich die Händehygiene deutlich verbessert. Die Ergebnisse wurden der erweiterten Spitalleitung sowie der Kommission Pflegequalität präsentiert.

### **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

Alle Messungen wurden durchgeführt und die KSB-internen Zielwerte erfüllt (detaillierte Angaben finden Sie im Kapitel D2 ANQ-Indikatoren).

#### **Messungen Kontaktgruppe Qualität Aargau (KQA)**

In allen Akutspitälern des Kantons Aargau wurde vom 15.1.-15.3.2011 die *Outcome-Messung „Anästhesiologische Komplikationen und perioperative Beschwerden“* durchgeführt. Da das KSB die Messung bereits zum zweiten Mal durchführte, konnten die getroffenen Massnahmen, welche aufgrund der letzten Erhebung eingeführt wurden, kontrolliert werden. So ist erfreulicherweise die postoperative Übelkeits- und Erbrechenrate massiv gesunken, wie auch mehr Patientinnen und Patienten sich einer besseren postoperativen Analgesie erfreuen.

## **B4      *Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren***

### **Qualitätsmessungen**

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) wird für die Qualitätsmessungen Instrumente zur Verfügung stellen, welche einen schweizweiten Benchmark ermöglichen. Diese Erhebungen dienen uns zu Standortbestimmungen unserer Leistungen.

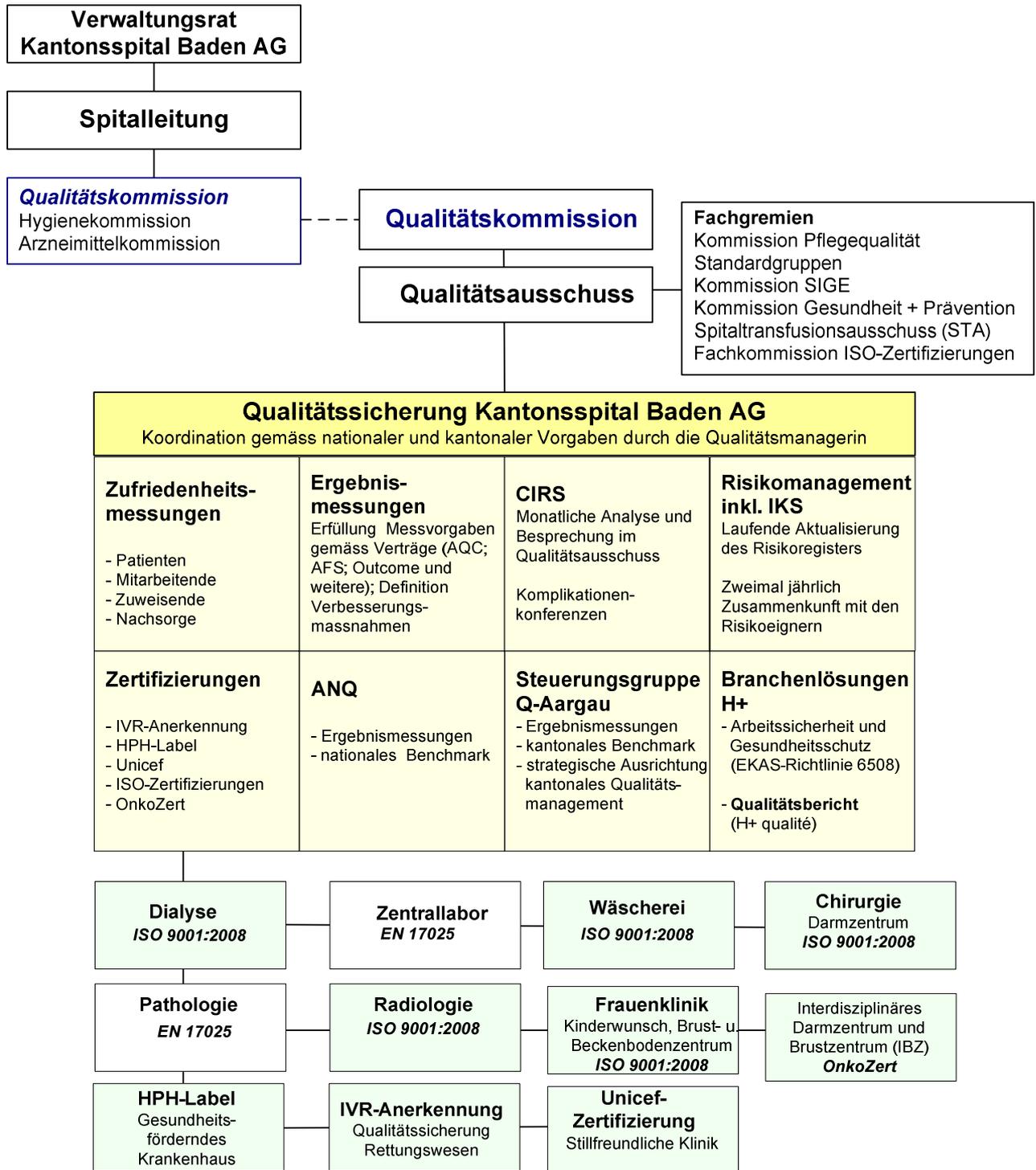
### **Zertifizierungen**

Neu in den Zertifizierungsprozess aufgenommen wurden per 1.1.2012 die Spitalapotheke, welche ihre Aktivitäten nach dem Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken auf Basis von ISO 9001 aufbaut, sowie die Koloproktologie (Zertifizierung nach der Deutschen Fachgesellschaft für Koloproktologie DGK) und das Gefässzentrum (Zertifizierung nach der Deutschen Fachgesellschaft für Gefässchirurgie DGG). Ziel ist die Erst-Zertifizierungen bis Ende 2012 erreicht zu haben.

### **Erhebungen zur Patientenzufriedenheit**

Die Erhebung der Zufriedenheit ambulanter Patienten sollte ursprünglich unter Beizug einer unabhängigen neutralen Stelle durchgeführt werden. Eine erste Erhebung aus dem Jahre 2005 zeigte in einigen Bereichen, insbesondere im Vergleich mit externen Benchmarks, noch Verbesserungspotenziale bezüglich der Aussagekraft der verglichenen Werte. Im Zeitraum vom 6.2.-30.3.2012 wurde erstmals mit dem hausintern entwickelten Fragebogen die Zufriedenheit der ambulanten Patientinnen und Patienten ermittelt. Die Resultate und Erkenntnisse aus dieser Erhebung werden im nächsten Qualitätsbericht beschrieben.

## B5 Organisation des Qualitätsmanagements



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt **130** Stellenprozente zur Verfügung.

## B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

### Verantwortliche Qualitätsbericht

Vorname/Name	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung/Tätigkeitsgebiet
lic. iur. Dieter Keusch	056 486 21 52 Sekretariat	<a href="mailto:dieter.keusch@ksb.ch">dieter.keusch@ksb.ch</a>	CEO
Yvonne Biri	056 486 29 02 Sekretariat	<a href="mailto:yvonne.biri@ksb.ch">yvonne.biri@ksb.ch</a>	Pflegedirektorin, Qualitätsbeauftragte der GL
Daniela Vetterli-Menig*	056 486 29 06	<a href="mailto:daniela.vetterli@ksb.ch">daniela.vetterli@ksb.ch</a>	Dipl. Qualitätsmanagerin NDS HF

### Mitglieder der Qualitätskommission

Vorname/NAME	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Yvonne Biri	<a href="mailto:yvonne.biri@ksb.ch">yvonne.biri@ksb.ch</a>	Pflegedirektorin, Qualitätsbeauftragte der GL (Vorsitz Qualitätskommission)
lic. iur. Dieter Keusch	<a href="mailto:dieter.keusch@ksb.ch">dieter.keusch@ksb.ch</a>	CEO (Vorsitz Risikomanagement)
Marco Bellafiore	<a href="mailto:marco.bellafiore@ksb.ch">marco.bellafiore@ksb.ch</a>	Leiter Stabsstelle Spitalleitung (Haftpflichtwesen)
Dr. med. Andrée Friedl	<a href="mailto:andree.friedl@ksb.ch">andree.friedl@ksb.ch</a>	Leitende Ärztin Innere Medizin (Vorsitz Hygienekommission)
Eveline Holdener-Mascheroni	<a href="mailto:eveline.holdener@ksb.ch">eveline.holdener@ksb.ch</a>	MNS Leiterin Pflegeentwicklung (Vorsitz Kommission Pflegequalität)
Florian Humbel	<a href="mailto:florian.humbel@ksb.ch">florian.humbel@ksb.ch</a>	Projektleiter Prozess- & Projektmanagement (Vorsitz Kommission SIGE)
Prof. Dr. med. Thomas Kocher	<a href="mailto:thomas.kocher@ksb.ch">thomas.kocher@ksb.ch</a>	Departementsleiter Chirurgie
Prof. Dr. med. Rahel Kubik	<a href="mailto:rahel.kubik@ksb.ch">rahel.kubik@ksb.ch</a>	Departementsleiterin Medizinische Dienste
Thorsten Mühlhauser	<a href="mailto:thorsten.muehlhauser@ksb.ch">thorsten.muehlhauser@ksb.ch</a>	Leiter Medizincontrolling (ab 1.5.2012)
Tobias Pfinninger		Leiter Medizincontrolling (bis 31.12.2011)
Dr. med. Hans-Rudolf Rätz	<a href="mailto:hans-rudolf.raez@ksb.ch">hans-rudolf.raez@ksb.ch</a>	Leitender Arzt Innere Medizin
Anton Schmid	<a href="mailto:anton.schmid@ksb.ch">anton.schmid@ksb.ch</a>	Departementsleiter Betriebswirtschaft & Infrastruktur (BWI)
Dr. med. Markus Schwendinger	<a href="mailto:markus.schwendinger@ksb.ch">markus.schwendinger@ksb.ch</a>	Departementsleiter Interdisziplinäres Notfallzentrum
Dr. med. Cornelia Urech	<a href="mailto:cornelia.urech@ksb.ch">cornelia.urech@ksb.ch</a>	Leitende Ärztin Frauenklinik
Daniela Vetterli-Menig	<a href="mailto:daniela.vetterli@ksb.ch">daniela.vetterli@ksb.ch</a>	Dipl. Qualitätsmanagerin NDS HF
Dr. pharm. Peter Wiedemeier	<a href="mailto:peter.wiedemeier@ksb.ch">peter.wiedemeier@ksb.ch</a>	Leiter Spitalapotheke (Vorsitz Arzneimittelkommission)

## C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter:

[www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Kantonsspital Baden AG → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

### C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Chirurgie	Kantonsspital Baden AG	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Kantonsspital Baden AG	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)		Konsiliararzt
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Kantonsspital Baden AG	
Handchirurgie	Kantonsspital Baden AG	Belegärzte für Handchirurgie
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden <b>Spezialisierungen</b> (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Kantonsspital Baden AG	
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	Kantonsspital Baden AG	
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Kantonsspital Baden AG	Konsiliarärzte
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Kantonsspital Baden AG	
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	Kantonsspital Baden AG und MZ Brugg	
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Kantonsspital Baden AG	
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)	Kantonsspital Baden AG	Invasive Kardiologie in Kooperation mit Kantonsspital Aarau AG
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Kantonsspital Baden AG und MZ Brugg	
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Kantonsspital Baden AG, MZ Brugg und Kreisspital Muri	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	Kantonsspital Baden AG	
Intensivmedizin	Kantonsspital Baden AG	
Kinderchirurgie	Kantonsspital Baden AG	

Angebote medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
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)		Zusammenarbeit mit Belegärzten
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Kantonsspital Baden AG	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)		Zusammenarbeit mit Belegärzten
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Kantonsspital Baden AG	
Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Kantonsspital Baden AG	
Psychiatrie und Psychotherapie		Kooperation mit PDAG (Psychiatrische Dienste Aargau) bzw. Externe Psychiatrische Dienste EPD Baden
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	Kantonsspital Baden AG und MZ Brugg	
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Kantonsspital Baden AG	

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

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

## C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl <b>ambulante</b> behandelter Patienten,	<b>70'801</b>	65'088	
Anzahl <b>stationär</b> behandelter Patienten,	<b>18'445</b>	18'003	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	<b>1'375</b>	1'476	
Geburten insgesamt	<b>1'536</b>	1'614	
Geleistete Pflage tage	<b>125'915</b>	126'142	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	<b>377</b>	376	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	<b>6.83</b>	7.01	
Durchschnittliche Bettenbelegung	<b>91.50%</b>	91.91%	

# D Qualitätsmessungen

## D1 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).

### D1-1 Patientenzufriedenheit

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb <b>misst nicht</b> die Patientenzufriedenheit.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb <b>misst</b> die Patientenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings <b>keine Messung</b> durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011
		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2012
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheitswert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<b>Gesamter Betrieb</b>	<b>84.0</b>	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von <b>0 (= minimale Zufriedenheit)</b> bis <b>100 (= maximale Zufriedenheit)</b> . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messthemen.	
Resultate pro Messthema	Zufriedenheitswert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Ärzte	86.7	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“	
Pflege	84.8	7 Fragen zum Messthema „Pflege“	
Organisation	80.5	7 Fragen zum Messthema „Organisation“	
Essen	81.0	3 Fragen zum Messthema „Essen“	
Wohnen	77.1	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“	
Öffentliche Infrastruktur	83.5	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“	
<b>Kommentar:</b> Die nächste Messung der Patientenzufriedenheit ist im Jahr 2012 vorgesehen.			
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		

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	458 Fragebogen		
Rücklauf in Prozenten	38.1 %	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>hat kein</b> Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle</b> .
Bezeichnung der Stelle	Beschwerdestelle für Patientinnen und Patienten
Name der Ansprechperson	Holger Jung
Funktion	Leiter Beschwerdestelle
Erreichbarkeit (Telefon, 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: <a href="mailto:holger.jung@ksb.ch">holger.jung@ksb.ch</a>

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Wartezeit und fehlende Betreuung nach Liftalarmierung	Alarmierungen werden direkt von 24-Stunden-Zentrale der Betreiberfirma entgegengenommen. Betreuung der Eingeschlossenen durch speziell qualifizierte Mitarbeitende.	sämtliche Personenlifte	seit Anfangs 2011

## D1-2 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?	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die Angehörigenzufriedenheit. Die Angehörigen wenden sich direkt an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, an die Beschwerdestelle oder sie geben ein Feedback mittels internem Patientenfragebogen „Zufrieden mit uns?“ ab.

### D1-3 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?					
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb <b>misst nicht</b> die Mitarbeiterzufriedenheit.			Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb <b>misst</b> die Mitarbeiterzufriedenheit.				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings <b>keine Messung</b> durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2013

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>	<b>63.3</b>	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von <b>0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit)</b> . Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet.
Resultat pro Berufsgruppe	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	65.1	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Pflegepersonal	62.5	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Therapeuten	68.2	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
med.-tech. Personal	61.2	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Hauswirtschaftspersonal	63.1	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	64.4	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
<b>Kommentar:</b> Die nächste Messung der Mitarbeiterzufriedenheit ist im Jahr 2013 vorgesehen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstitutes	MECON measure & consult GmbH
Beschreibung des Instrumentes		standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument		

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		1'087	
Rücklauf in Prozenten		60%	Erinnerungsschreiben? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Schichtzulagen	Erhöhung Zulagen	Ganzes Spital	Ab 1.1.2012
Kinderbetreuung	Ausweitung Angebot	Ganzes Spital	Ab 1.5.2012
Parkplätze	Höhere Umsteigequote	Ganzes Spital	Ab 1.10.2012
Informationsfluss	Aktivere Informationen	Ganzes Spital	Ab 1.7.2012

## D1-4 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?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb <b>misst nicht</b> die Zuweiserzufriedenheit.			Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb <b>misst</b> die Zuweiserzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings <b>keine Messung</b> durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> wurde eine Messung durchgeführt.			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse der letzten Befragung				
Messergebnisse	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
Gesamter Betrieb	73.1	Aus den Antworten der Zuweiser betreffend das Gesamturteil, die Weiterempfehlung und die Selbstwahl wurde ein Gesamturteil gebildet (Index 0-100).		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
Qualität der ärztlichen Behandlung	76%			
Erreichbarkeit und Infrastruktur	79%			
Moderne technische Ausstattung	74%			
Breite Abdeckung aller relevanten Fachgebiete	69%			
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).			
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
Name des Instrumentes	Ruf und Image der Spitäler der zuweisenden Ärzte im Kanton Aargau	Name des Messinstitutes	LINK-Institut Zürich	
Beschreibung des Instrumentes	Computer-Aided-Telephone Interviews (CAT) Ø 28 Min.			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Alle niedergelassenen Ärzte im Kanton Aargau		
	Ausschlusskriterien	Psychiatrie und Rehabilitation		
Rücklauf in Prozenten	18.5%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

## **D2 ANQ-Indikatoren**

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 ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

### Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

### Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen.

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

## D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spitalaustritts. Mit der Methode SQLape® 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 für das Fachpublikum: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> wurde allerdings <b>keine Auswertung gemacht.</b>	<b>Die letzte Messung erfolgte im Jahr:</b>	<b>Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:</b> <b>2012</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> wurde eine Auswertung gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> 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 Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

## D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen 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.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> wurde allerdings <b>keine Auswertung gemacht.</b>	<b>Die letzte Messung</b> erfolgte im Jahr:	<b>Die nächste Messung ist</b> <b>2012</b> <b>vorgesehen im Jahr:</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> wurde eine <b>Auswertungen gemacht</b>		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS <sup>2</sup>		

<sup>2</sup> 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 Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

## D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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 ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende 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.

Weiterführende Informationen: [www.ang.ch](http://www.ang.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings <b>keine Messungen</b> durchgeführt.	<b>Die letzte Messung erfolgte im Jahr:</b>	<b>Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:</b> <b>2012</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall <sup>3</sup> CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung	159	8	5.0% (2.2-9.7)	2.0% (0.2-7.1)
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Hernieoperation			% ( )	% ( )
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	79	17	21.5% (13.1-32.2)	38.5% (0.9-6.4)
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ( )	% ( )
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	Resultate ausstehend	Resultate ausstehend	Resultate ausstehend % ( )	4.0% (0.8-7.6)
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ( )	% ( )

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.

<sup>3</sup> 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.

## D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten<sup>4</sup>, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

### Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb führt die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
11	In Prozent:	5%	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten mit mündlicher Zustimmung (informed Konsens)	
	Ausschlusskriterien	≥ 18 Jahre und Wöchnerinnen	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	219	Anteil in Prozent	89%
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Einführung Sturzprotokoll im CIRS-Meldeportal	Erfassen von Risikofaktoren und Sturzfolgen	Medizin und Chirurgie	Ab Januar 2012 bis auf weiteres

<sup>4</sup> Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 2011 ausgeschlossen.

## Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagrecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liegeposition in einem Bett).

Weiterführende Informationen: [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus)

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
		Die bereinigten Schlussresultate sind nach Aussage der Berner Fachhochschule zum Publikationsdatum des Qualitätsberichts noch ausstehend.

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt / Rückverlegung		Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
7	In Prozent 3.1%	9	In Prozent: 4.1%	Im Kanton Aargau wurde gemäss Entscheid der kantonalen Ethikkommission lediglich eine mündliche Einverständniserklärung der Patienten verlangt. Dadurch konnten 20% mehr, vor allem pflegeabhängige Patienten (= sehr hohes Risiko für Dekubitus) untersucht werden.
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten mit mündlicher Zustimmung (informed Konsens)	
	Ausschlusskriterien	≥ 18 Jahre und Wöchnerinnen	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	219	Anteil in Prozent	89%
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Einführung Dekubitusprotokoll im CIRS-Meldeportal	Erfassen der im Spital entstandenen Dekubitus	Medizin, Chirurgie und Gynäkologie	Ab Januar 2012 bis auf weiteres

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheits-situationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spital-qualität nutzbar sind. Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

## D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

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 und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten ( $\geq 18$  Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb <b>mass</b> die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
Gesamter Betrieb		Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?		9.03	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?		8.78	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		8.98	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		8.85	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?		9.27	0 = nie 10 = immer
Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung			
Zentrales Messinstitut <input checked="" type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH		Dezentrales Messinstitut <input checked="" type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> ESOPE <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH <input type="checkbox"/> NPO PLUS <input type="checkbox"/> Stevemarco sagl	
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten		1'203	
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten		458	Rücklauf in Prozent 38.07%
Bemerkung		Trotz einer akribischen Koordination von Patientenbefragungen ist die Rücklaufquote nicht befriedigend. Wir haben uns intern die Frage gestellt, ob die Patientinnen und Patienten allenfalls zuviel befragt werden und es so zu einer Übersättigung führt.	
Verbesserungsaktivitäten			

<b>Titel</b>	<b>Ziel</b>	<b>Bereich</b>	<b>Laufzeit (von ... bis)</b>
Case Management	Patientinnen und Patienten mit definierten Einschlusskriterien werden bei Aus- und Übertritten begleitet.	Medizin und Chirurgie	Nach Pilotphase 2011, Ausweitung 2012

Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen fällt auf, dass ein hoher negativer Zusammenhang von Spitalgrösse und Zufriedenheit besteht, d.h. je kleiner das Spital, desto zufriedener der Patient. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass der medizinische Erfolg die Ergebnisse am stärksten beeinflusst. Da Universitätsspitäler kränkere Patienten behandeln, werden sie in der Regel auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflussen die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Resultate der Patientenzufriedenheit am stärksten.

### D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

#### D3-1 Anästhesiologische Komplikationen und perioperative Beschwerden

<b>Messthema</b>	<b>Anästhesiologische Komplikationen und perioperative Beschwerden</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	<b>Komplikationen während einer Anästhesie, perioperative Beschwerden wie Schmerzen und Übelkeit, so wie die Patientenzufriedenheit mit der Anästhesie</b>

<b>An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Anästhesie
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch <b>nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
<input checked="" type="checkbox"/> Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).		

<b>Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011</b>		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	HCRI/Verein Outcome

<b>Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv</b>			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären anästhesierten Patienten inkl. Geburtshilfe, inkl. diagnostische und therapeutische Eingriffe bei welchen eine Anästhesie durchgeführt wird	
	Ausschlusskriterien	Ambulante Patientinnen und Patienten und Reanimationen	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	1135	Anteil in Prozent	114%
Bemerkung	<p>Da wir die Messung bereits zum zweiten Mal durchführten, können wir unsere eigenen, aufgrund der letzten Messung getroffenen Massnahmen kontrollieren. So ist erfreulicherweise unsere postoperative Übelkeit- und Erbrechenrate massiv gesunken, wie auch mehr Patientinnen und Patienten sich einer besseren postoperativen Analgesie erfreuen können. Langfristige Schäden oder Medikamentenverwechslungen mit Folgen sind während der ganzen Messung keine aufgetreten.</p> <p>Der Rücklauf der Patientenfragebogen betrug angenehme 45%. Von diesen sind 93% sehr zufrieden mit der Betreuung durch die Anästhesieabteilung, 97% fanden ihre Schmerzen nach der Operation insgesamt gut behandelt.</p>		

D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

<b>Messthema</b>	<b>Stürze (andere als mit der Methode LPZ)</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	<b>Sturzereignisse</b>

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
<input type="checkbox"/> Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/> Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	LEP-variable Sturz

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten nach Sturzereignis	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	n.n.	Anzahl Stürze	3.0 auf 1000 Pflgetage
Bemerkung	Seit 2008 werden alle Sturzereignisse erfasst. Die Statistik zeigt, dass obwohl durch die demografische Entwicklung mehr gefährdete Patientinnen und Patienten hospitalisiert wurden, sich im Vergleich die Sturzereignisse von 4.0 pro 1000 Pflgetage im 2008 auf 3.0 reduziert haben. Die Massnahmen zur Sturzprophylaxe wirken sich positiv aus.		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Sturzprophylaxe	Weniger Sturzereignisse durch Risikoeinschätzung, Niederflurbett, Klingelmatte und Sichtwache	Alle Bettenstationen	2008 bis auf weiteres

## D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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.

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften C=betriebseigenes System	Status	Bereich
AMIS plus (Akuter Myokardinfarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	Ja, seit 2002	Innere Medizin
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie <a href="http://www.agc.ch">www.agc.ch</a>	Ja, seit 2004	Chirurgie
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	Ja, seit 1998	Frauenklinik (Gynäkologie und Geburtshilfe)
Schweizer IVF-Register FIVNAT (Fécondation In Vitro NATIONAL).	A: SGRM: Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin <a href="http://www.sgrm.org">www.sgrm.org</a>	Ja, seit 2000	Frauenklinik (Kinderwunschzentrum)
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensivmedizin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>	Ja, seit 2008	IDIS (interdisziplinäre Intensivbehandlungsstation)
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://www.sgar-ssar.ch">www.sgar-ssar.ch</a>	Ja, seit 2005	Anästhesie
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	Nein	
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie <a href="http://www.scqm.ch">www.scqm.ch</a>	Nein	
SIRIS <sup>5</sup> (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	geplant, ab 2012	Orthopädie
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program <a href="http://www.srrqap.ch">www.srrqap.ch</a>	Nein	
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register <a href="http://www.swiss-spine.ch">www.swiss-spine.ch</a>	Nein	
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie <a href="http://www.swissvasc.ch">www.swissvasc.ch</a>	Nein	
Überregionales Krebsregister		geplant, Einführung offen	Onkologie

<sup>5</sup> Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

# E

## Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) zu finden.

### E1 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 <sup>+</sup> - 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	2011	
ISO/IEC 17025	Pathologie	2011		Akkreditierung
ISO 9001:2008	Kinderwunschzentrum	2006	2011	
ISO 9001:2008	Beckenbodenzentrum	2008	2011	
ISO 9001:2008 und Zertifikat nach OnkoZERT (DGS/DKG)	Interdisziplinäres Brustzentrum (IBZ)	2008	2011	Das IBZ hat 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		Das IDZ hat 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	Dialysestation (Standorte Baden, Brugg und Muri)	2007	2011	
IVR-Anerkennung	Rettungsdienst	2005	2011	
UNICEF-Anerkennung „Stillfreundliche Klinik“	Wochenbettabteilung	2005	2008	Rezertifizierung 2012
ISO 9001:2008	Wäscherei (Standorte Baden und Königsfelden)	2003	2011	Rezertifizierung 2012

## E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Ablösung CIRSmedical durch 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 – Juli 2012
Meldeportal® Hämovigilanz und Hämovigilanz Near Miss	Unerwünschte Wirkungen vor, während und nach der Verabreichung von Blutprodukten erfassen	Gesamtspital	
Meldeportal® Materiovigilanz	Vorkommnisse mit Medizinprodukten wie z.B. Verbrauchsmaterial oder medizinische Geräte erfassen	Gesamtspital	
Meldeportal® Pharmakovigilanz	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen erfassen	Gesamtspital	
Meldeportal® Sturzmeldungen	Stürze im Spital erfassen und Massnahmen zur Sturzvermeidung erarbeiten	Gesamtspital	
Meldeportal® Dekubitusmeldungen	Entstandener Dekubitus im Spital erfassen und Massnahmen zur Vermeidung erarbeiten	Gesamtspital	
Einführung Multiprojektmanagement	Unternehmensweite Planung und Steuerung der Projektlandschaft	Gesamtspital	Laufender Betrieb seit 1.1.2011

### E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus dem Kapitel E2 genauer beschrieben.

Projekttitlel	Case Management
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Das Case Management sichert eine qualitative Verbesserung beim Aus- bzw. Übertrittsmanagement durch: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung und Unterstützung der internen Kommunikation</li> <li>• Vermeidung von Versorgungslücken nach der Entlassung</li> <li>• Optimierung der Kommunikation mit externen Akteuren</li> </ul>
Beschreibung	
Projekttablauf / Methodik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start der Begleitung bei komplexen Patientensituationen bereits ab dem Tag des Eintritts, evt. schon früher (ambulante Vorabklärung)</li> <li>• Fallbegleitung während des gesamten Spitalaufenthalts (auch durch die verschiedenen Kliniken und Fachbereiche hindurch)</li> </ul>
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Chirurgie und Medizin
Involvierte Berufsgruppen	Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Patientenberatung und Care Managerinnen
Projektelevaluation / Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchschnittliche Reduktion der Aufenthaltsdauer: 1 Tag pro Patientensituation</li> <li>• Patientensituationen mit „mittlerer Komplexität“ sollen auch ins Case Management aufgenommen werden</li> <li>• Kriterium „Alter“ soll kein Ausschlusskriterium für Case Management sein (auch junge Patienten mit hohem Komplexitätsgrad sollen ins Case Management aufgenommen werden)</li> </ul>
Weiterführende Unterlagen	Weiterführende Auskünfte erteilt Frau Beatrice Bähler, Leiterin Case Management, <a href="mailto:beatrice.baehler@ksb.ch">beatrice.baehler@ksb.ch</a>

# F

## Schlusswort und Ausblick

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 Mai 2012  
Qualitätskommission

## Impressum

### 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/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht)

### Beteiligte Kantone / Gremien



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/h\\_verband/fachkommissionen](http://www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen)



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

### Partner



Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (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 D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

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