



Ganz meine Welt.



**Bad Schinznach AG
Privat-Klinik Im Park
Postfach 67
5116 Schinznach-Bad**



**Muskuloskeletale und
Neurologische Rehabilitation**

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Impressum

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

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



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

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	3
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	3
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
	C1 Angebotsübersicht.....	5
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011	7
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011	7
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011	8
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	8
	C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	9
	C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	10
	C4-4 Personelle Ressourcen	10
	C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011	11
D	Qualitätsmessungen	12
	D1 Zufriedenheitsmessungen	12
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	12
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	14
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	15
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	16
	D2 ANQ-Indikatoren.....	18
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	19
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	20
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	21
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	23
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	25
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	27
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	27
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	28
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	29
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	30
	D3-5 Dauerkatheter	31
	D3-6 Weiteres Messthema.....	32
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	33
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	34
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	34
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	34
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	36
F	Schlusswort und Ausblick	38
G	Anhänge.....	1

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes 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.

A

Einleitung

Die Privat-Klinik Im Park ist eine anerkannte Rehabilitationsklinik im Kanton Aargau, die sich auf die Betreuung von Patienten mit akuten oder chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparats sowie auf Patienten mit neurologischen Beschwerden spezialisiert hat. Die Klinik verfügt über 57 Betten in 42 rollstuhlgängigen Privat-, Halbprivat- und Allgemeinzimmern. Die Aufteilung setzt sich wie folgt zusammen: 29 Privat-, 11 Halbprivat- und 2 Allgemeinzimmer.

Indikationen: Frührehabilitation nach Gelenk- und Wirbelsäulenoperationen, Rehabilitation nach Unfällen, degenerative & entzündliche Erkrankungen des Bewegungsapparates, Osteoporose, Weichteilrheuma, Erholung nach schwerer Krankheit. Alle neurologischen Krankheitsbilder, Rehabilitation nach neurochirurgischen Operationen & nach Unfällen mit neurologischen Folgen

Heilanwendungen: Orthopädisch/neurologische Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Cranio-Sacral-Therapie, Massage, Kompressen, Lymphdrainage, Akupunktur, Reflexzonen-, Bindegewebe- und Unterwasserstrahl-Massage, Wassergymnastik, Schwefelanwendungen, Inhalation.

Unser Plus: Die Privat-Klinik Im Park vereint den Komfort eines 4-Sterne-Hotels mit der medizinischen Betreuung einer anerkannten Rehabilitationsklinik. Zur weiteren Genesung und Erholung steht unseren Patienten das integrierte Kurhotel Im Park zur Verfügung.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die Vision unseres Unternehmens „Bad Schinznach – Die Quelle der Erholung und des Wohlbefindens“, ist Grundlage für unsere Strategie, die Synergien aller 3 Kernbereiche, Thermalbad, Rehabilitationsklinik und Hotel nachhaltig zu nutzen und auf dem Markt ein führendes Angebot für alle Kundengruppen zur Verfügung zu stellen. Unser Leitbild fasst unsere Ziele und Werte zusammen, welche im Rahmen der Qualität die folgenden sind:

- Die Qualitätsstandards des Unternehmens sind definiert.
- Wir stellen die Einhaltung und Umsetzung unserer Qualitätsziele durch regelmässige Kontrollen sicher.
- Wir halten und verbessern unsere hohen Qualitätsstandards, fördern Innovationen und Verbesserungen.

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

Auch im Jahr 2011 haben wir uns der Weiterentwicklung unseres Qualitätsmanagementsystems gewidmet. Als gewinnorientiertes Unternehmen, das bestrebt ist seine Wettbewerbsstärke kontinuierlich zu steigern, nutzen wir das EFQM-Modell für Excellence als Grundstruktur. Das Modell ist Grundlage für eine ganzheitliche, grundlegende Analyse der Organisation mit dem Ziel, Stärken und Schwächen zu analysieren und Handlungsbedarf zu identifizieren und zu priorisieren. Das Modell unterstützt das ganzheitliche Verständnis von Ursachen-Wirkungs-Zusammenhängen in einer Organisation. Ebenfalls ist das Modell Bewertungsgrundlage für Stufen der Excellence. Das Anerkennungsprogramm „Stufen der Excellence“ besteht in Europa seit 2001 und wurde entwickelt, um den Weg zu unternehmerischer Excellence in klar definierten Stufen anzuerkennen. Im Zuge des PDCA Kreislaufes wurden 2011 folgende Projekte optimiert und weitergeführt:

- Messung der Patienten-Zufriedenheit
- Messung der Zuweiser-Zufriedenheit
- Messung der Mitarbeiter-Zufriedenheit
- Durchführung des Mitarbeitergesprächs
- Optimierung Prozessmanagement

Weitere Schwerpunkte haben wir im 2011 auf die Aufnahme der Privat-Klinik auf die Spitalliste 2012 und die Erstellung der Bewerbungsunterlagen gesetzt.

Auch im 2011 hat die Privat-Klinik Im Park in der Begleitgruppe des ANQ aktiv mitgewirkt und dazu beigetragen, dass heute auf wertvolle Inhalte für die Vorbereitung der flächendeckenden Einführung ergebnisrelevanter Qualitätsindikatoren zurückgegriffen werden kann. Im Weiteren hat sich die Privat-Klinik Im Park entschieden dem nationalen Qualitätsvertrag beizutreten. Dieser regelt die Finanzierung und die Umsetzungen der Qualitätsmessungen gemäss den Vorgaben des ANQ. Somit wird eingewilligt, dass der ANQ die Messstrategie für national koordinierte Messungen ergebnisrelevanter Qualitätsindikatoren vorgibt und unsere Messergebnisse zielgruppenspezifisch und transparent veröffentlicht.

Im Zuge der Optimierung unserer Messdaten haben wir parallel zur neurologischen Rehabilitation im 2011 die Einführung des EBI, neu auch in der muskuloskelettalen Rehabilitation lanciert.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

- C2E

Im Januar 2011 lieferten wir anlässlich einer eintägigen Überprüfung durch einen SAQ-Experten (Validator) den erforderlichen Nachweis, dass unsere Unternehmung die im 2010 durchgeführten Verbesserungsprojekte erfolgreich umgesetzt hat. Somit durften wir die Urkunde für die erste Stufe „Verpflichtung zu Excellence“ (Committed to Excellence) entgegennehmen.

- Aufnahme auf die Spitalliste 2012

Im Herbst 2011 haben wir die Zusage erhalten, dass die Privat-Klinik Im Park auf der Spitalliste des Kantons Aargau geführt wird. Zu erwähnen sind in diesem Zug die aufwendig erstellten Bewerbungsunterlagen, aus denen ein Klinikkonzept erarbeitet worden ist, welches eine Leitlinie darstellt mit dem Zweck, den (neuen) Mitarbeitenden eine Orientierung für ihr Handeln zu geben. Weiterhin dient es als Plattform für weitere Diskussionen und als komprimierte Information für Außenstehende. Durch das Konzept soll ein konstruktiver Diskussionsprozess angestoßen werden mit dem Ziel, zu gemeinsam getragenen Überzeugungen und zu einer gemeinsamen Bewegungsrichtung der Klinikentwicklung zu kommen. Das Klinikkonzept ist Ergebnis eines Diskussionsprozesses der leitenden Mitarbeitenden aus den Bereichen des Ärzte-, Therapie-, und Pflegeteams, sowie des Qualitätsmanagements und der Klinikdirektion. Die ausformulierte, schriftliche Form enthält die wesentlichen Überlegungen und Überzeugungen, die unserer Arbeit zugrunde liegen.

Im Zuge der Erstellung des Klinikkonzeptes konnten wir ausserdem weitere Instrumente zur Entwicklung und Überprüfung der Qualität einführen. Im ersten ist das Fehlermeldesystem CIRS zu nennen, welches nun die Möglichkeit gibt, unter Wahrung der Vertraulichkeit und Anonymität über kritische Vorfälle im jeweiligen Arbeitsumfeld zu berichten, Wissen, das über Schwachstellen im Arbeitsumfeld besteht, für Verbesserungen zu nutzen und Handlungsgrundlagen für systematische Verbesserungen aufzeigt. Weitere eingeführte Instrumente sind die folgenden:

- Sturzprotokoll
- Notfallkonzept
- Fort- und Weiterbildungsprogramm

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

In den kommenden Jahren sind wir weiterhin darauf bedacht unsere Qualität weiterzuentwickeln. Dies bedeutet im ersten Schritt unsere eingeführten Neuerungen der letzten 2 Jahre zu überprüfen und zu festigen. Ein grosser Schwerpunkt wird im Geschäftsjahr 2012 auf die Weiterentwicklung des Prozessmanagements gelegt. Mit Sicht auf die 4 Elemente Prozessgestaltung, Prozessorganisation, Prozessführung und Prozessverbesserung werden wir mit umfangreichen Schulungen und Workshops die Prozesslandschaft der Bad Schinznach AG unter die Lupe zu nehmen, das verfügbare Wissen unserer Mitarbeitenden nutzen und optimale Werte für alle Interessengruppen schaffen.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	50%	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 **Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement**

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Rolf Tanner	056 463 77 14	rolf.tanner@bs-ag.ch	Qualitätsverantwortlicher (Zust. in der Geschäftsleitung)
Claudia Oppliger	056 463 77 30	claudia.oppliger@bs-ag.ch	Leiterin Qualitätsmanagement (ist dem Qualitätsverantwortlichen direkt unterstellt)
Dr. med. Bernhard M. Rothenbühler	056 463 76 92	bernhard.rothenbuehler@bs- ag.ch	Leitender Arzt, Mitglied der Direktion

Organigramm (Anhang 1)

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 → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → **Spital / Klinik XY**
 → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/>	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten : Privat-Klinik Im Park, Bad Schinznach

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitalern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		
Allgemeine Chirurgie		
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>		
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>		
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i>		
Medizinische Genetik <i>(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)</i>		
Handchirurgie		
Herz- und thorakale Gefässchirurgie <i>(Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)</i>		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
<input type="checkbox"/> Angiologie <i>(Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)</i>		
<input type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i>		
<input type="checkbox"/> Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i>		
<input type="checkbox"/> Geriatrie <i>(Altersheilkunde)</i>		

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input type="checkbox"/> Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)</i>		
<input type="checkbox"/> Hepatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Leber)</i>		
<input type="checkbox"/> Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>		
<input type="checkbox"/> Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)</i>		
<input type="checkbox"/> Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>		
<input type="checkbox"/> Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>	Schinznach-Bad	
<input type="checkbox"/> Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>		
Intensivmedizin		
Kiefer- und Gesichtschirurgie		
Kinderchirurgie		
Langzeitpflege		
Neurochirurgie		
<input type="checkbox"/> Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>	Schinznach-Bad	
<input type="checkbox"/> Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>		
<input type="checkbox"/> Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>		
<input type="checkbox"/> Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>		
<input type="checkbox"/> Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>		
<input type="checkbox"/> Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)</i>		
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie		
Psychiatrie und Psychotherapie		
<input type="checkbox"/> Radiologie <i>(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)</i>		
Tropen- und Reisemedizin		
<input type="checkbox"/> Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>		

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	Schinznach-Bad	
Ergotherapie	Schinznach-Bad	
Ernährungsberatung	Schinznach-Bad	
Logopädie	Schinznach-Bad	
Neuropsychologie	Schinznach-Bad	
Physiotherapie	Schinznach-Bad	
Psychologie	Schinznach-Bad	
Psychotherapie	Schinznach-Bad	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,			
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene			
Anzahl stationär behandelter Patienten,			
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene			
Geleistete Pflgegetage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Bettenbelegung			

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflgegetage
stationär				

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte, Anzahl Pflgetage und Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient zu interpretieren?

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** im Jahr 2011 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflgetage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebote ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation				
Muskuloskelettale Rehabilitation	Schinznach-Bad	1.85 (Zu beachten ist, dass der zeitliche Aufwand in der muskuloskelettalen Rehabilitation höher ist, als in der neurologisch Rehabilitation.)	531	12'069
Neurologische Rehabilitation	Schinznach-Bad	4.94	232	6'418
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Rehabilitative Intensivabteilung				

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- i Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre **Infrastruktur** auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patienten, da eine unmittelbarere, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.
- i Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.
- i Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, mit **externen Spezialisten** nach Bedarf zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ mit zum Beispiel Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

In anderen Spitälern / Kliniken: Eigene externe Angebote		stationär	ambulant
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)	
Kantonsspital Baden	Intensivstation in akutsomatischem Spital	13 km	
	Notfall in akutsomatischem Spital	13 km	
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet		
Ja	Akusomatik, Radiologie, Orthopädie, Neurologie, Neurochirurgie		

C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)

Welches Angebot bietet eine Klinik für einfachere Behandlungen oder für Behandlungen nach einem stationären Aufenthalt?

- i Anhand der Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient kann abgeschätzt werden, welche **Intensität an Behandlung** ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation				
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Rehabilitative Intensivabteilung				

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- i Spezifische Facharztstitel sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- i Die Tätigkeiten der Pflege unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von der Pfl egetätigkeit in einem akutsomatischen Spital. Deshalb findet sich hier ein Hinweis auf die Anzahl diplomierter, rehaspezifischer Pflegefachkräfte.

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Schinznach-Bad
Facharzt Neurologie	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Schinznach-Bad
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Kardiale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Schinznach-Bad
Facharzt Psychiatrie	<input type="checkbox"/> ja	

Diplomierte, rehaspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation	47	25.4

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2011			
Geleistete Pflegetage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Auslastung			

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 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<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 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		
Gesamter Betrieb	1.5	Die Befragung wird auf einer 7-stelligen Skala bewertet, wobei bei der Auswertung die Note 1 für sehr zufrieden und die Note 2 für zufrieden usw. bis 7 = unzufrieden steht.		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
Ärzte	1.32			
Pflege	1.49			
Therapie	1.28			
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/> Mecon	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	Q-Monitor Professional	Name des Messinstitutes	Institut für Research & Consulting (IRC-Swiss GmbH)
<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	Befragung per Fragebogen elektronisch oder manuell			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Befragung aller Patienten	
	Ausschlusskriterien	./.	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		241	
Rücklauf in Prozenten	31.58%	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 checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.
Bezeichnung der Stelle	
Name der Ansprechperson	
Funktion	
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	
Bemerkungen	<p>Unsere Patienten haben die Möglichkeit Ihre Anliegen direkt vor Ort sowohl an das Pflegepersonal, als auch an alle anderen Mitarbeitenden weiterzugeben. Unsere Mitarbeitenden sind angewiesen, die Anliegen an die Vorgesetzten weiterzugeben, welche im Anschluss das weitere Vorgehen festlegen. Ebenfalls steht die Geschäftsleitung bei Bedarf für ein persönliches Gespräch mit unseren Patienten zur Verfügung.</p> <p>Im Weiteren werden Beschwerden und Anregungen durch das neu eingeführte System zur Messung der Patientenzufriedenheit ausgewertet, in Form eines Cockpits der einzelnen Bereiche dargestellt und innerhalb der monatlichen Bereichsleitersitzung mit der Geschäftsleitung besprochen.</p>

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input 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 type="checkbox"/>	...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
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes <input type="text"/> Name des Messinstitutes <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instrumentes <input type="text"/>	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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 misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<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 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
Gesamter Betrieb	80.36%	Folgende Frage wurde ausgewertet: „Wie zufrieden sind Sie insgesamt als MitarbeiterIn unseres Hauses?“ Hierbei wurde auf einer Skala von 0%-100% in 10er Schritten bewertet.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte/Ärztensekretariat	77.78%	
Therapie/Massage/Therapiedisposition	78.75%	
Pflege	74%	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Q-Monitor Professional	Name des Messinstitutes
			IRC-Swiss GmbH
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes	Fragebogen elektronisch und manuell	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden, die zum Zeitpunkt der Befragung in der Bad Schinznach AG beschäftigt waren, wurden befragt.		
	Ausschlusskriterien	./.		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		168		
Rücklauf in Prozenten		65.4%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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 misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<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 type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fach-bereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	1.65	Folgende Frage wurde ausgewertet: „Wie zufrieden waren Sie allgemein mit der Zusammenarbeit unserer Klinik?“ Die Befragung wurde auf einer 7-stelligen Skala bewertet, wobei der Auswertung die Note 1 für sehr zufrieden und die Note 2 für zufrieden usw. bis 7 = unzufrieden steht.
	93.59%	Folgende Frage wurde ausgewertet: „Mit welcher Wahrscheinlichkeit werden Sie weitere Patienten vermitteln?“ Hierbei wurde auf einer Skala von 0%-100% in 10er Schritten bewertet.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Q-Monitor Professional	Name des Messinstitutes
			IRC Swiss GmbH
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	Fragebogen elektronisch und manuell		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Zuweiser 2011		
	Ausschlusskriterien	./.		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	46			
Rücklauf in Prozenten	36.8%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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

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 und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input 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 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 ¹		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

¹ 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 und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht 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 type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input 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 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 ²		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

² 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.anq.ch und www.swissnoso.ch

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input 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 type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Hernieoperation			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

³ 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.

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

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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 Patienten⁴, 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 und 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 type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung:
<input 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 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 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
<input type="checkbox"/> In Prozent:	
<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		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

⁴ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzenerhebung 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 Liege-position in einem Bett).

Weiterführende Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?				
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.		Begründung:	
<input 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 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 type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt		Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
	In Prozent		In Prozent:	
<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			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent	
Bemerkung				
Verbesserungsaktivitäten				
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)	

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 (≥ 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

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input 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 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?		0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?		0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet	
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		0 = nie 10 = immer	
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		0 = nie 10 = immer	
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?		0 = nie 10 = immer	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Bemerkungen			

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut

hcri AG

MECON measure & consult GmbH

Dezentrales Messinstitut

hcri AG

ESOPE

MECON measure & consult GmbH

NPO PLUS

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			
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten			Rücklauf in Prozent
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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 das Universitätsspital kränkere Patienten behandelt, wird es auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflusst die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Zufriedenheit Resultate am stärksten.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
<input 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 type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/>	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 der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
<input 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 type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/> 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 der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
<input 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 type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:		
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).			
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input 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 type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/> 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 der tatsächlich untersuchten Patienten	Anteil in Prozent
Bemerkung	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input 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 type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv	
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien
	Ausschlusskriterien
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	Anteil in Prozent
Bemerkung	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input 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 type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/> 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 der tatsächlich untersuchten Patienten	Anteil in Prozent
Bemerkung	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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	Status	Bereich
	A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.agc.ch		
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch		
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch		
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch		
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch		
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch		
SIRIS ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch		
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch		
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch		
Überregionale Krebs-register	B:Name der Fachgesellschaft		
Bemerkung			

⁵ 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 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
EFQM	Ganzer Betrieb	2011	./.	Committed to Excellence

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)
Klinikkonzept	Erhalt einer Leitlinie mit dem Zweck, den (neuen) Mitarbeitenden eine Orientierung für ihr Handeln zu geben. Weiterhin dient es als Plattform für weitere Diskussionen und als komprimierte Information für Außenstehende.	Gesamtklinik	Januar 2011 bis Januar 2012
Optimierung Prozessmanagement	Prozessmanagement, das sich auf die Kundenbedürfnisse und den Kundennutzen ausrichtet und die Schnittstellenproblematik innerhalb der Unternehmung verbessert. Wir erhalten eine einheitliche Dokumentation, dessen geregelte Einführung und Pflege, Voraussetzung für eine ständige und nachhaltige Nutzung ist. Ebenfalls wird durch die Dokumentation zur Wissenserhaltung innerhalb der Unternehmung beitragen.	Gesamtklinik	März 2010 bis Dezember 2012
CIRS	Einführung eines Fehlermeldesystems	Gesamtklinik	Januar 2011 bis Januar 2012

Assessments	Messung der medizinischen Ergebnisqualität	Orthopädie	laufend
Assessments	Messung der medizinischen Ergebnisqualität	Neurologie	laufend
Interne und externe Überprüfung folgender Laborwerte: CRP Schnelltest Blutzucker Test Quick/ INR Troponin Test Hämoglobin Schnelltest	Interne und externe Qualitätskontrolle	Labor	laufend

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Erstellung Klinikkonzept	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Das Konzept stellt eine Leitlinie dar mit dem Zweck, den (neuen) Mitarbeitenden eine Orientierung für ihr Handeln zu geben. Weiterhin dient es als Plattform für weitere Diskussionen und als komprimierte Information für Außenstehende.	
Beschreibung	Schriftliches Dokument, welches auf dem allgemeinen Betriebslaufwerk abgelegt ist und somit jeder Mitarbeitende Zugriffsrecht hat.	
Projekttablauf / Methodik	Das vorliegende Klinikkonzept ist Ergebnis eines Diskussionsprozesses der leitenden Mitarbeitenden aus den Bereichen des Ärzte-, Therapie-, und Pflgeteams, sowie des Qualitätsmanagements und der Klinikdirektion. Die ausformulierte, schriftliche Form enthält die wesentlichen Überlegungen und Überzeugungen, die unserer Arbeit zugrunde liegen.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	
	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Therapie, Pflege	
Projektevaluation / Konsequenzen	Durch das Konzept soll ein konstruktiver Diskussionsprozess angestoßen werden mit der Konsequenz, zu gemeinsam getragenen Überzeugungen und zu einer gemeinsamen Bewegungsrichtung der Klinikentwicklung zu kommen.	
Weiterführende Unterlagen	Klinikkonzept (Anhang 2)	

Projekttitlel	Einführung CIRS	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Eine Möglichkeit geben, unter Wahrung der Vertraulichkeit und Anonymität über kritische Vorfälle im jeweiligen Arbeitsumfeld zu berichten.	
Beschreibung	<p>Die Abkürzung CIRS steht für: Critical Incident Reporting System = Zwischenfall-Meldesystem</p> <p>CIRS ist ein Fehlermeldesystem, welches die Möglichkeit gibt, Zwischenfälle anonym zu melden. Somit können Massnahmen ergriffen werden, die zu Verbesserungen führen und Schäden verhindern sollen.</p> <p>Ein Zwischenfall, ist ein ungewolltes oder vermeidbares Ereignis, welches den Patienten/Kunden gefährden kann, aber nicht schädigt.</p>	
Projekttablauf / Methodik	CIRS wurde von den leitenden Mitarbeitenden aus den Bereichen des Ärzte-, und Pflgeteams, sowie dem Qualitätsmanagement entwickelt. Nach Entwicklung erfolgte der Entscheid das Fehlermeldesystem nicht nur innerhalb der Privat-Klinik Im Park, sondern auch in den Geschäftsbereichen der Bäder und des Hotels anzuwenden. Somit erfolgte die Schulung aller Bereichsleitenden mit dem Auftrag CIRS in ihren Abteilungen zu verbreiten.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	
	

Involvierte Berufsgruppen	Alle
Projektelevaluation / Konsequenzen	Wissen, das über Schwachstellen im Arbeitsumfeld besteht, für Verbesserungen nutzen. Handlungsgrundlage für systematische Verbesserungen aufzeigen.
Weiterführende Unterlagen	CIRS-Formular (Anhang 3)

F

Schlusswort und Ausblick

Wie bereits seit einigen Jahren, konnten wir auch im abgelaufenen Geschäftsjahr eine weiter steigende Nachfrage nach unseren Klinikdienstleistungen feststellen. Der Neubau von 2 Klinikzimmern, welche seit Mai 2011 von Patienten genutzt werden können, hat dazu geführt, dass wir den Vorjahreswert unserer geleisteten Pflgetage um 485 Pflgetage übertreffen konnten. Im laufenden Jahr erwarten wir wiederum ein leichtes Wachstum. Unseren Ruf als qualitativ hochstehende Reha-Klinik wollen wir weiter stärken und so auch in Zukunft den individuellen Ansprüchen aller Patienten in den Bereichen Neurologie und Orthopädie gerecht werden.

Klinikkonzept Privat-Klinik Im Park



Inhaltsverzeichnis

1. Rehabilitationskonzept Privat-Klinik Im Park

- 1.1. Qualitätssicherung
 - 1.1.1 Anerkanntes Qualitätsmodell
 - 1.1.2 Qualitätsmessungen
 - 1.1.3 Patientenzufriedenheit
 - 1.1.4 Zuweiserzufriedenheit
 - 1.1.5 Mitarbeiterzufriedenheit
 - 1.1.6 Fehlermeldesystem (CIRS)
 - 1.1.7 Komplikationsstatistiken

1.2. Behandlungskonzept

- 1.2.1 Therapie
- 1.2.2 Behandlungsprozess
 - 1.2.2.1 Anerkannte Assessmentinstrumente
 - 1.2.2.2 Rehabilitations-Ziele
 - 1.2.2.3 Therapieplanung
 - 1.2.2.4 Rehabilitations-Ergebnisse/Zielerreichung
 - 1.2.2.5 Austrittsmanagement
- 1.2.3 Medizinische Patientenbetreuung
 - 1.2.3.1 Erstuntersuchung/Gespräch
 - 1.2.3.2 Diagnostik
 - 1.2.3.3 Arztvisite
 - 1.2.3.4 Patientenbezogene interdisziplinäre Fallbesprechung
 - 1.2.3.5 Behandlung
 - 1.2.3.6 Abschlussuntersuchung/gespräch
 - 1.2.3.7 Fachspezifische Fort- und Weiterbildungsprogramme
- 1.2.4 Pflege
 - 1.2.4.1 Rehabilitationspflege
 - 1.2.4.2 Verwendete Pflegemodelle
 - 1.2.4.3 System der Krankenpflege
 - 1.2.4.4 Ziele der Pflegesysteme
 - 1.2.4.5 Durchführung der aktivierenden und unterstützenden Pflege
 - 1.2.4.6 Anwendungsbereiche
 - 1.2.4.7 Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung

1.3 Notfall-Konzept

1.4 Hygienekonzept

1.5 Wundmanagement

2 Personalentwicklung

2.1 Rekrutierung

2.1.1 Leistungsspezifischen Anforderungen an das Personal für die neurologische und muskuloskeletale Rehabilitation

2.1.2 Einsatzplanung

2.1.3 Rekrutierung

2.1.4 Auswahl

2.1.5 Einstellung

2.2 Führung

2.2.1 Eintritt/Probezeit

2.2.2 Mitarbeiterhaltung/-entwicklung

2.3 Auflösung des Arbeitsverhältnisses

2.3.1 Kündigung

2.3.2 Austritt

3 Bauliche und infrastrukturelle Voraussetzungen

3.1 Rollstuhlgängige und behindertengerechte Gesamtanlage und Ausstattung

1. Rehabilitationskonzept Privat-Klinik Im Park

Die Privat-Klinik Im Park ist eine Rehabilitationsklinik mit einem neurologischen und muskuloskelettalen Leistungsauftrag, durch das Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau. Sie ist im stationären Bereich tätig und eingebettet in die Bad Schinznach AG, welche als Dienstleistungsunternehmung ebenfalls das Kurhotel Im Park und den traditionellen Bäderbereich mit zwei Thermalbädern betreibt.

Die Privat-Klinik Im Park verfügt über 57 Betten in der Allgemein-, Halbprivat- und Privatabteilung. Sie bildet mit dem Kurhotel Im Park eine bauliche und funktionelle Einheit, so dass die medizinische und therapeutische Infrastruktur der Klinik uneingeschränkt von den Hotelgästen genutzt werden kann. Die Bettenzahl der Abteilung für muskuloskelettale Rehabilitation beträgt 35 bis 40. Die Bettenzahl der Abteilung für neurologische Rehabilitation beträgt 20 bis 25.

Am Standort Schinznach-Bad geschah im Jahr 1663 ein Naturwunder, das heute noch spürbar ist: Heisse Schwefelquellen, wie man sie allenfalls auf Island vermuten würde. Die heilende Kraft des Wassers wurde schon kurz nach seiner Entdeckung bemerkt und wirtschaftlich genutzt. Das „köstlich warme Gesundbad bey Schinznacht“ entwickelte sich schnell zu einem angesehenen Badeort. Heute ist Bad Schinznach mehr als ein Ort für rekonvaleszente Menschen. Wir nutzen die Synergien unserer 3 Geschäftsbereiche und so steht unseren Patienten der Privat-Klinik Im Park nicht nur ein vorbildlicher Spitalservice für alle Leistungsklassen zur Verfügung. Wir vereinen den Komfort eines 4 Sterne Hotels mit der medizinischen Betreuung einer anerkannten Rehabilitationsklinik und begünstigen somit die Rehabilitation unserer Patienten.

Unser Ziel liegt in der umfassenden medizinischen Betreuung, in der Rehabilitationsspezialisten aus Neurologie, physikalischer Medizin und Rheumatologie, gemeinsam mit Therapeutinnen und Therapeuten, sowie dem Pflegepersonal Hand in Hand arbeiten. Präzise Diagnostik und klare Rehabilitationsvorgaben bilden dabei die Basis individuell gestalteter Therapiekonzepte. Ziel unserer Behandlungen ist eine Verminderung der körperlichen Einschränkung und damit eine Wiederherstellung der persönlichen Integrität und Selbstständigkeit wie auch der beruflichen und sozialen Reintegration.

Das Organigramm der Bad Schinznach AG ist auf Wunsch einsehbar.

CIRS – Meldesystem für kritische Vorfälle / Beinahe-Unfälle

Definition: Ein kritischer Vorfall ist ein ungewolltes oder vermeidbares Ereignis, welches den Patienten/Kunden gefährden kann, aber nicht schädigt. Tatsächlich eingetretene Personenschäden bitte nicht hier sondern unbedingt sofort dem Vorgesetzten melden. Die Meldungen in diesem System werden absolut vertraulich behandelt.

Abteilung Ersteller/in:

Datum:

In welcher Abteilung kam es zu dem kritischen Vorfall?

.....

Beschreibung des Ereignisses:

.....

.....

.....

Was sind Ihrer Meinung nach die Ursachen für das Ereignis/Vorfall?

.....

.....

.....

Mögliche Massnahmen, um einen ähnlichen Zwischenfall in Zukunft zu verhindern?

.....

.....

.....

Wegleitung:

1. Füllen Sie die oben geforderten Angaben aus.
2. Leiten Sie das Formular in einem internen Couvert an die Abteilung Qualitätsmanagement weiter oder werfen Sie das Formular in den Postkasten „Personal-Briefkasten und Qualitätsmanagement“ im Erdgeschoss der Administration.
3. Die Abteilung Qualitätsmanagement informiert nach Eingang das verantwortliche Geschäftsleitungsmitglied.
4. Die Geschäftsleitung informiert die entsprechende Bereichsleitung.
5. Die Bereichsleitung ergreift Massnahmen.
6. Die Angaben des CIRS-Formulars werden durch die Abteilung Qualitätsmanagement statistisch gesammelt und 1x jährlich ausgewertet.