



Klinik Hirslanden
Witellikerstrasse 40
8032 Zürich



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

H+ Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+ Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+ Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

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



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	4
B	Qualitätsstrategie	5
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	5
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	7
C1	Angebotsübersicht	7
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2011	9
D	Qualitätsmessungen	10
D1	Zufriedenheitsmessungen	10
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	10
D1-2	Angehörigenzufriedenheit	12
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	13
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	14
D2	ANQ-Indikatoren	15
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	16
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	17
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	18
D2-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	20
D2-5	Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	22
D3	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	24
D3-1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	24
D3-2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	25
D3-3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	25
D3-4	Freiheitseinschränkende Massnahmen	26
D3-5	Dauerkatheter	27
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	28
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	28
E2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	28
E3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	29
F	Schlusswort und Ausblick	30

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, Specialistinnen und Spezialisten.

Seit ihrer Gründung im Jahr 1932 bietet die Klinik Hirslanden ihren Patienten ein zunehmend breiteres Spektrum an ambulanten und stationären medizinischen Leistungen an, welche aktuell durch ca. 400 erfahrene Belegärzte und mehr als 70 angestellte Ärzte erbracht werden.

Um ihre langfristige Strategie des Ausbaus der hochspezialisierten Medizin (HSM) zu sichern und ihren Zusatzversicherten Patienten die Sockelbeiträge des Kantons zugänglich zu machen hat die Klinik die Aufnahme auf die Zürcher Spitalliste per 1. Januar 2012 erreicht. Dies ist ein zusätzlicher Nachweis des hohen Qualitätsstandards der Klinik und der überzeugende Leistung ihrer Ärzte und Mitarbeitenden. Die Zürcher Spitalliste zeigt, dass die Breite des medizinischen Leistungsspektrums der Klinik mit Universitätsspitalern vergleichbar ist.

Die Positionierung der Klinik (regional und national) als wichtiger Leistungserbringer der hochspezialisierten Medizin (HSM) betrifft vor allem die Schwerpunkte: Herz-Kreislauf- und Gefässerkrankungen, Erkrankungen des Nervensystems, sowie komplexe Bauch- und Thoraxoperationen.

Die medizinischen Leistungen der Klinik umfassen in Einklang mit dem Business Modell und der Klinik-Vision eine hochstehende spezialisierte Medizin in praktisch allen medizinischen Fachgebieten, erbracht durch die belegärztlichen Kompetenzzentren, sowie eine breite Basismedizin mit Fokus auf Patientensicherheit, erbracht durch die Klinik-Bereiche des medizinischen Systems, das Ganze verbunden mit erstklassigen Serviceleistungen.

Vision der Klinik 2011/12:

„Wir sind schweizweit und innerhalb der Medi-Clinic führend in der Erbringung von medizinischen Spitzenleistungen und erstklassigen Patienten-orientierten Services.“

Ganz im Sinne des erstklassigen Patientenservice lautet 2011/12 das Jahresmotto:

„Dienstleister aus Leidenschaft“.

Um die Qualität der Klinik und der erbrachten Leistungen transparent nach Aussen darzustellen, zu vergleichen und zu optimieren, ist die Klinik im Jahr 2011 dem nationalen Qualitätsvertrag beigetreten.

Massgebend für den anhaltenden Erfolg der Klinik, der sich aus dem Nutzen der Klinikleistung für die verschiedenen Anspruchsgruppen der Klinik ergibt, sind die drei Faktoren: Patientenzufriedenheit, medizinischer Outcome und Wirtschaftlichkeit. Das Qualitätsmanagement der Klinik ist umfassend und in erster Linie der Verbesserung dieser drei Faktoren verpflichtet.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele**Qualitätspolitik von Hirslanden**

- Patienten, Ärzte, Mitarbeiter und Partner wählen Hirslanden, weil sie vom umfassenden Qualitätsmanagement der Gruppe profitieren wollen.
- Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung des strategischen Ziels „Hirslanden positioniert sich als führender Leistungsanbieter im Zusatzversicherungssegment und differenziert sich im Markt über Qualitätsführerschaft“ ausgerichtet.
- Hirslanden stellt den Patientennutzen durch eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Leistungserbringung sicher.
- Hirslanden setzt ein umfassendes Risikomanagement um, dabei bildet die Patientensicherheit ein wesentliches Kernelement.
- Hirslanden verpflichtet sich der kontinuierlichen Verbesserung (KVP), unterstützt durch Transparenz und Benchmarking und stellt sich den nach dem KVG vorgegebenen Qualitätsvergleichen
- Durch die konsequente Nutzung der Synergien innerhalb der Kliniken setzt Hirslanden Standards im Qualitätsmanagement in der Schweizer Spitallandschaft.

Die Umsetzung der Qualitätspolitik wird durch den bestehenden Hirslanden Qualitätsentwicklungsplan sichergestellt.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

Die Klinik Hirslanden ist die bekannteste Privatklinik im Grossraum Zürich und besonders des rechten Zürichseeufers.

Dabei ist die Qualitätsführerschaft in der Medizin und der Serviceleistung ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Dementsprechend fällt dem Qualitätsmanagement der Klinik eine wichtige Rolle in der Sicherung der langfristigen Marktposition der Klinik zu.

Die Jahresschwerpunkte des vergangenen Geschäftsjahres lauteten:

- Unternehmenskultur: Identifikation mit der Klinik Hirslanden stärken, Beleg-, Klinikärzte und Mitarbeitende
- Entwicklung Medizinisches System: Vision, Strategie, Cockpit
- Nachfragesteuerung und Ressourcenmanagement: Planungssicherheit
- Projekt Enzenbühltrakt: Zentren, Aufbau Ärzte, Nachfrageüberhang

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

Die Entwicklung des Medizinischen Systems wurde stark vorwärts getrieben. Eine der beiden Schwerpunkte war die Neuorganisation des Institutes für Anästhesiologie und Intensivmedizin (IFAI) inklusiv:

- Definition einer Vision und Strategie
- Bildung eines Dreier-Führungsgremiums
- Verteilung von Fachverantwortungen

Weiter wurde in der Radiologie mit Unterstützung eines externen Experten ein Masterplan erstellt. Dieser umfasst:

- Definition einer Vision und Strategie

- Einführung von Servicelines
- Neuorganisation der Sitzungsstruktur

Auf den Pflegeabteilungen konnten regelmässige Kaizensitzungen etabliert werden. Zudem wurde eine regelmässig stattfindende Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz initiiert.

Für die Belegärzte konnte die Möglichkeit geschaffen werden auf das IMS zuzugreifen, um Instrumente wie z.B. das Meldetool nutzen zu können. Zudem wurde der komplette Ärzteordner, welcher den Belegärzten bei Eintritt in die Klinik ausgehändigt wird, überarbeitet.

Zudem gelang es der Klinik auf die Spitalliste des Kantons Zürich aufgenommen zu werden.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Damit die Klinik Hirslanden ihren hohen Qualitätsstandard auch in Zukunft aufrechterhalten bzw. weiter ausbauen kann sind einige Projekte geplant wie z.B.

- Teilnahme am Esprix
- Reorganisation der Geschäftsprozesse
- Erstellung eines umfassenden Sicherheitskonzeptes (inkl. Patientensicherheit etc.)

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

☐	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Andere Organisationsform, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt 160 Stellenprozent zur Verfügung.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Daniel Liedtke			Qualitätsverantwortung
Dr. Stephan Pahls			Qualitätsbeauftragte/-er
Susanne Wyss	044 387 23 39	jessica.leichter@hirslanden.ch	Qualitätsmanager/-in
Veronika Reinecke			Hygieneverantwortliche/-er
Jessica Leichter			IQIP Erhebungsperson
Veronika Reinecke			KISS Erhebungsperson
Alexander Mainda			Materiovigilanzbeauftragte/-er
Dr. Christopf Egloff			Pharmakovigilanzbeauftragte/-er
Dr. med. Andreas Geel			Hämatovigilanzbeauftragte/-er
Jürg Bani			Strahlenschutzbeauftragte/-er
Dr. med. Felix Usteri			Transplantationskoordinator/-in
Susanne Wyss			EKAS Verantwortlicher
Jessica Leichter			CIRS Beauftragte/-er
Jessica Leichter			Pickerbeauftragte/-er
Paul op't Roodt			Kodierverantwortung



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 → Klinik Hirslanden
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
☐	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten :
	

C1 Angebotsübersicht

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

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☐ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden Organe und des Lymphsystems)	....	....
☒ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	Klinik Hirslanden Zürich	....
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Klinik Hirslanden Zürich	....
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)	Klinik Hirslanden Zürich	....
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Klinik Hirslanden Zürich	....
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Klinik Hirslanden Zürich	Hämodialyse in der Hirslanden Klinik Im Park; Konsiliarärzte
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Klinik Hirslanden Zürich	....
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	Klinik Hirslanden Zürich	....
Intensivmedizin	Klinik Hirslanden Zürich	....
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Klinik Hirslanden Zürich	....
Kinderchirurgie	....	....
Langzeitpflege	....	....
Neurochirurgie	Klinik Hirslanden Zürich	....
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	Klinik Hirslanden Zürich	....
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Klinik Hirslanden Zürich	....
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Klinik Hirslanden Zürich	....
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Klinik Hirslanden Zürich	....
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Klinik Hirslanden Zürich	Nur Neonatologie
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)	....	....
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	....	....
Psychiatrie und Psychotherapie	Klinik Hirslanden Zürich	In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	Klinik Hirslanden Zürich	....
Tropen- und Reisemedizin	Klinik Hirslanden Zürich	....
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Klinik Hirslanden Zürich	....

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	Klinik Hirslanden Zürich	....
Ergotherapie	Klinik Hirslanden Zürich	....
Ernährungsberatung	Klinik Hirslanden Zürich	....
Logopädie	Klinik Hirslanden Zürich	....
Neuropsychologie	Klinik Hirslanden Zürich	In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Physiotherapie	Klinik Hirslanden Zürich	....
Psychologie	....	....
Psychotherapie	....	....

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	48109	21021	Ohne ambulante Konsultationen in den belegärztlichen Zentren
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	0	....
Anzahl stationär behandelter Patienten,	15771	15028	....
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	1059	1149	....
Geleistete Pflegetage	93698	74454	....
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	259	259	....
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.4	6.354	....
Durchschnittliche Bettenbelegung	79.82%	78.76	....



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 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. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.			
☒	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
☒	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse Picker	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	....	Maximum wäre 100%
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamtzufriedenheit stationäre Patienten	84.7 %	Maximum wäre 100%
Wiederempfehlungsquote stationärer Patienten	82.3 %	Maximum wäre 100%
Gesamtzufriedenheit Geburtshilfe	77.9 %	Maximum wäre 100%
Wiederempfehlungsquote Geburtshilfe	78.4 %	Maximum wäre 100%
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Mecon ☒ Picker ☐ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)	☐ Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	....	Name des Messinstitutes	....
☐ eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes		Standardisierter Picker-Fragebogen „stationäre Akutsomatik“ mit Kernset (58 Fragen + 1 offene Frage), Integration von spezifischen Zusatzmodulen für Hirslanden, für Geburtshilfe gibt es einen separaten Fragebogen		
Einschlusskriterien		Alle Personen > 18 Jahre mit stationärem Aufenthalt und Austritt in definierter Befragungsperiode nach Hause, Wohnsitz in der Schweiz		
Ausschlusskriterien		Nicht-Erfüllung der Einschlusskriterien, im Spital verstorbene Patienten		
Rücklauf in Prozenten		61.3%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
☒	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Schriftliches Rückmeldungsmanagement
Name der Ansprechperson	Florence Kessler / Nikolaj Kiselev
Funktion	MA Guest Relation
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	044 387 35 82, Florence.Kessler@hirslanden.ch
Bemerkungen	....

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?				
☒	Nein , unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.			
☐	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.			
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	....	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
....		
....		
....		
....		
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	....	Name des Messinstitutes	....
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		....		
Einschlusskriterien		....		
Ausschlusskriterien		....		
Rücklauf in Prozenten		....	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

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?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.			
☒	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	....	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	8.16	Skala von 1-10
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Wiederwahl des Arbeitsgebers	7.8	Skala von 1-10
Motivation des Arbeitnehmers	7.6	Skala von 1-10
Vergleiche zu anderen Arbeitgebern	7.0	Skala von 1-10
Arbeitszufriedenheit	7.6	Skala von 1-10
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	Mitarbeiterbefragung	Name des Messinstitutes	GFK Switzerland AG
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Befragung über 12 Themenbereiche. Mitarbeiter konnten die Befragung sowohl auf Papier als auch elektronisch ausfüllen.		
Einschlusskriterien		Alle Mitarbeiter		
Ausschlusskriterien		keine		
Rücklauf in Prozenten		42%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

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?					
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.				
☐	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.				
☒	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2012
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.				

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	....	....
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Breite des Angebots	8.5	Bewertung auf einer Skala von 1-10
Fachkompetenz	8.9	Bewertung auf einer Skala von 1-10
Qualität der Betreuung durch das Pflegepersonal	7.8	Bewertung auf einer Skala von 1-10
Medizinisch technische Ausstattung	9.1	Bewertung auf einer Skala von 1-10
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	Zuweiserstudie Hirslanden	Name des Messinstitutes	GFK Switzerland AG
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Qualitativ und Quantitativ		
Einschlusskriterien		Zufällige Stichprobe aus Hausärzten aus der Umgebung.		
Ausschlusskriterien		geographisch		
Rücklauf in Prozenten		100%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ 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

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 Spitaliaustritts. Mit der Methode SQLape® wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitaliaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitaliaufenthalte, 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?					
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.				Begründung:
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.				
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	....	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	....
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht				

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

Messergebnisse

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			
Auswertungsinanz	Bundesamt für Statistik BFS ¹		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
.... keine aktuellen Massnahmen aufgrund dieser Daten, da Grundlage Bfs Daten aus 2009	....	....	....
....			

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?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		Begründung:	
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.			
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	....	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	....
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	....

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?				
☒	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		Begründung: Bisher Messung mit KISS des BZH Freiburg, Beginn der Messung mit SwissNOSO Anfang 2012.	
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☐	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.			
☐	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:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.			

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

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%)
☐ Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
☐ Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
☐ Hernieoperation			% ()	% ()
☐ Dickdarm (Colon)			% ()	% ()
☐ Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
☐ Herzchirurgie			% ()	% ()
☐ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			% ()	% ()
☐ 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			
....			
☐ 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.ang.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?	
☐ Nein , unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung:
☒ 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?	
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
8	In Prozent: 10	....	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	... stationäre Pat., Alter, Einverständnis.	
	Ausschlusskriterien	 nicht angetroffen/ansprechbar, kein Einverständnis	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	83	Anteil in Prozent	38.4
Bemerkung	....		

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

⁴ 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 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?	
☐	Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
☒	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?	
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...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
0	In Prozent	0	1	In Prozent:	1.2	....
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.						

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	stationäre Pat., Alter, Einverständnis	
	Ausschlusskriterien	nicht angetroffen/ansprechbar, kein Einverständnis	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	83	Anteil in Prozent	38.4
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?		
☐	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:
☒	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.39	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.34	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.53	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.99	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.50	0 = nie 10 = immer
☐	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		1229		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten		696	Rücklauf in Prozent	56.63
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?	Coronarer Bypass OP Thorax Hüftendoprothese Knieendoprothese Colon OP (endoskopisch und nicht endoskopisch) Deviceassoziierte Infektionen auf Intensivstation

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Eingriff / Wundinfektionsrate Coronarer Bypass OP Thorax / 0.43 Hüftendoprothese / 0.47 Knieendoprothese / 0 Colon OP (endoskopisch und nicht endoskopisch) / 2.26 Deviceassoziierte Infektionen auf Intensivstation (Ergebnisse siehe Qualitätsbericht)	Alle angegebenen Wundinfektionsraten liegen deutlich unter dem Median der von dem BZH zur Verfügung gestellten Vergleichsdaten.

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: BZH (Beratungszentrum für Hygiene) Methode: KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance System)

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

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Anzahl Stürze - Ursache der Stürze (Gesundheitszustand des Patienten, Behandlung, Medikation und/oder Anästhesie, Umgebungsrisiko, sonstige Ursachen) - Verletzungsfolgen (Schweregrad 1-3) - Wiederholte Stürze eines Patienten

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
0.2	17	173	....

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☒	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz: IQIP

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

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Anzahl Dekubiti (Unterscheidung nach beim Spitaleintritt vorhandenen und im Spital erworbenen Dekubiti, Schweregrad der Dekubiti)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
12	19	....

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☒	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz: IQIP

D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitseinschränkende 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?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	....
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	....

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
....	

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	....
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	....

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?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: IPS

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Deviceanwendung HWK auf der IPS: 95.72	

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
☒	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: BZH (Beratungszentrum für Hygiene)



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
Ganzes Spital	ISO 9001:2008	2006	2009, 2012	....
ZSVA	ISO 13485	2009	2012	....
....				
....				
....				

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Neubau Enzenbühltrakt	Erweiterung der Kapazitäten und Auf- bzw. Ausbau des Angebots im Bereich der hochspezialisierten Spitzenmedizin durch den Bau des Enzenbühltraktes.	Gesamte Klinik	01.05.2009 - 31.03.2013
Einheitliche Berufskleider in der Hirsländengruppe	Einheitliches, korrektes Erscheinungsbild der Mitarbeiter. Bessere Unterscheidung der verschiedenen Berufsgruppen.	Hospitality and Facilitymanagement	01.01.2011 - 31.12.2013
Zentralisierung der Bereiche Finanzen und Personal für den Standort Zürich.	Synergien nutzen, Effizienz steigern	Gesamte Klinik bzw. HeadOffice	28.06.2011 - 31.12.2011
Aufbau Stroke Center	Erweiterung des Angebotes in der hochspezialisierten Medizin. Optimale Versorgung der Bevölkerung.	Unternehmensentwicklung	10.04.2010 - 05.07.2011
Konzept Patientenorientierte Pflege	Einführung des Konzeptes um Patienten optimal betreuen und auf ihre Bedürfnisse eingehen zu können.	Medizinisches System	01.07.2010 - 01.04.2011
Alpin Air Ambulance	Zusammenarbeit mit Rettungshelikopter	Medizinisches System	01.11.2011 - 31.03.2012

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	Kaizen in der Pflege	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Förderung und Etablierung der kontinuierliche Verbesserung in der Pflege.	
Beschreibung	Durch regelmässige Kaizensitzungen auf den einzelnen Pflegeabteilungen soll das Potential der Pflegenden selbst Probleme in ihrem Bereich zu erkennen, zu diskutieren und zu lösen gefördert werden.	
Projektablauf / Methodik	Erstellung eines Kaizenkonzeptes. Schulung der Abteilungsleiter und Kaizenverantwortlichen. ab November 2011 werden auf allen Abteilungen wöchentlich kurze Kaizensitzungen mit Moderation durchgeführt. Eine weitere Betreuung der Kaizenverantwortlichen durch das Qualitätsmanagement ist geplant und wird durch eine ERFA Sitzung nach sechs Monaten ergänzt. Es wurden Ziele für das Jahr 2012 definiert (36 Kaizensitzungen/Abteilung).	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
		
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☒ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	Alle Pflegeabteilungen der Klinik Hirslanden Zürich	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	....	
	Pflegende, Qualitätsmanagement	

Projekttitel	Etablierung Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Ziel der M&M Konferenz ist eine kontinuierliche, interdisziplinäre Verbesserung der Unternehmenskultur, Patientensicherheit und der operativen Arbeitsabläufe im Klinikalltag.	
Beschreibung	Durch die Durchführung von regelmäßigen strukturierten Besprechungen besonders schwerer und/oder unerwarteter Krankheitsverläufe sollen errors oder adverse events im interdisziplinären Rahmen aufgearbeitet und eine Lernkultur geschaffen sowie Wissen geteilt werden.	
Projektablauf / Methodik	Der Besprechungsablauf orientiert sich an den Empfehlungen des Londonprotokolls, welches von der Stiftung für Patientensicherheit herausgegeben wurde. Die Konferenz findet quartalsweise statt. Teilnehmen Mitglieder des Moderatorenteams, Vertreter aller ärztlichen und nicht ärztlichen Bereiche des Medizinischen Systems (MES), Belegärzte, Vertreter jeder Fachgruppe, der Fallführer, ggf. Experten.	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
		
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☒ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	Klinik Hirslanden Zürich	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	....	
	siehe oben	
Projektevaluation / Konsequenzen	In jeder Sitzung werden aus den besprochenen Fällen heraus Massnahmen abgeleitet welche dann innerhalb der Klinik umgesetzt werden.	

Das vergangene Jahr war geprägt durch die Spitalistenbewerbung und die mit der Aufnahme auf diese Liste verbundenen Vorbereitungen. Viele Prozesse, Dokumente, Drucksachen und Verträge mussten angepasst werden. Es entstanden einige neue Prozesse und Stellen. Zudem wurde ein neues Modell entwickelt um die Kapazitäten der Klinik optimal nutzen und verteilen zu können. Die Anpassungen an die zusätzliche Aufnahme von allgemein versicherten Patienten wird sicher auch im nächsten Jahr ein Thema sein.

Durch den Beitritt zum Qualitätsvertrag war die Klinik Ende des Jahres 2011 erstmals verpflichtet an den schweizweiten Messungen festgelegter Qualitätsindikatoren teilzunehmen und die Messergebnisse veröffentlichen zu lassen. Dies bietet der Klinik einerseits die Chance eines neuen Benchmarks andererseits stellt es aber auch eine fixe, fremdbestimmte Verpflichtung dar. Die verpflichtenden Messungen des ANQ werden im Jahr 2012 einen noch grösseren Raum einnehmen. Zum Beispiel werden ab Anfang des Jahres zusätzlich Infekte nach SwissNoso erfasst.

Ein wichtiger Schwerpunkt des vergangenen Jahres waren die umfangreichen Prozessverbesserungen innerhalb der Kodierung und der daraus resultierende Aufbau des regionalen Kodierzentrums. Weitere tiefgreifende Veränderungen haben sich durch die Auslagerung des Personalwesens und der Finanzen ergeben. Durch diese umfassenden Umstrukturierungen müssen viele Prozesse neu aufgebaut und zum Leben erweckt werden. Dies hat weitreichende Konsequenzen, deren Aufarbeitung bestimmt ein wichtiges Thema für das Jahr 2012 sein wird.

Zudem konnte im vergangenen Jahr eine Stroke Unit mit einem renommierten und erfahrenen Ärzteteam an der Klinik aufgebaut werden. Dies ist ein weiterer erfolgreicher Schritt zur Umsetzung der Klinikstrategie, umfassende hochspezialisierte medizinische Leistungen anzubieten. Eine Erweiterung dieses und anderer spitzenmedizinischer Angebote der Klinik ist genauso wie eine stärkere Durchführung klinischer Forschung für das kommende Jahr geplant. Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt ist zudem weiterhin der Neubau des Enzenbühltrakts.