



Kantonsspital Baden AG
5404 Baden



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2012 (V6.0)

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.

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/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



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

Siehe auch: www.anq.ch

Zielpublikum

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

Bezeichnungen

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

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012	3
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	7
C1	Angebotsübersicht	7
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2012	9
D	Zufriedenheitsmessungen	10
D1	Patientenzufriedenheit	10
D2	Angehörigenzufriedenheit	12
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	12
D4	Zuweiserzufriedenheit	13
E	ANQ-Indikatoren	14
E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik.....	14
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	15
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	16
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	17
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	19
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ.....	21
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012.....	22
F1	Austrittsmanagement	22
G	Registerübersicht	23
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	25
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	25
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	26
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	27
I	Schlusswort und Ausblick	28

A

Einleitung

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

Fortschritte in der Medizin machen es möglich, dass hoch spezialisierte diagnostische Abklärungen und Therapien zunehmend ambulant angeboten werden können. Die Kantonsspital Baden AG betreibt ausserhalb seines Hauptstandortes in Baden-Dättwil ambulante Aussenstationen im Kreisspital Muri und im Medizinischen Zentrum Brugg. Dort werden Behandlungen in den Bereichen Radiologie, Onkologie und Nephrologie/Dialyse angeboten.

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

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

lic. iur. Dieter Keusch
CEO Kantonsspital Baden AG

Yvonne Biri, MAS
Qualitätsbeauftragte der Spitalleitung
Pflegedirektorin
Mitglied der Spitalleitung

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

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

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

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

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

„Durch stetes Lehren und Lernen und aufmerksames Überwachen von Struktur, Prozess und Ergebnis sichern und entwickeln wir unsere Qualität.“

(Auszug aus dem Leitbild der Kantonsspital Baden AG)

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

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

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

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

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

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

Koordination Zertifizierungen am KSB

Die Entwicklung des Qualitätsmanagementsystems am Kantonsspital in Baden (KSB) geht auf Mitte der 90er Jahre zurück. Bereits am 15.12.1995 konnten die Hotellerie, die Versorgung sowie die Wäscherei gemäss ISO 9001 zertifiziert werden. Im Laufe der nachfolgenden Jahre wurde der Geltungsbereich dieses Zertifikates angepasst. Es folgte 2004 das Institut für Radiologie, welches als erste klinische Abteilung ein Qualitätsmanagementsystem auf der Basis der ISO 9001 aufgebaut hatte und sich seitdem einem kontinuierlichen Zertifizierungsprozess unterworfen hat. Anschliessend wurde 2006 das Kinderwunschzentrum und 2007 die Dialyse zertifiziert. 2008 stiessen das interdisziplinäre Brustzentrum (gemäss ISO 9001 und OnkoZert) sowie das Blasen- und Beckenbodenzentrum in den Kreis der zertifizierten Bereiche hinzu. Als bisher letzter Bereich folgte 2011 das interdisziplinäre Darmzentrum, welches sich ebenfalls nach ISO 9001:2008 und OnkoZert zertifizieren liess. Mit dem Ausbau der ISO-Zertifizierungen in die klinischen Bereiche stellte sich die Frage nach der strategischen Ausrichtung der Qualitätsmanagementaktivitäten. Die Spitalleitung hat entschieden, ein zentrales Zertifikat für die oben dargestellten ISO-zertifizierten Bereiche anzustreben. (Auskünfte erteilt: Daniela Vetterli, Dipl. Qualitätsmanagerin NDS HF, daniela.vetterli@ksb.ch)

Management postoperatives Delir

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

(Auskünfte erteilt: Eveline Holdener-Mascheroni, MNS Leiterin Pflegeentwicklung;
eveline.holdener@ksb.ch)

Case Management

Durch den Einsatz der zwei Care Managerinnen wird eine Kontinuität der Ansprechpersonen für Patienten und Angehörige, so wie die internen und externen Leistungserbringer gewährleistet. Zudem konnte die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen gesteigert werden. Die Dienstleistungen des Case Managements richten sich in erster Linie an komplexe Patientensituationen mit erhöhtem Betreuungs- und/oder Koordinationsbedarfs, welche definierte Einschlusskriterien erfüllen. Das Case Management ist auf den chirurgischen Kliniken sowie im Departement Medizin implementiert.

(Auskünfte erteilt: Beatrice Bähler, Leiterin Case Management; beatrice.baehler@ksb.ch)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

Die Qualitätsziele werden jeweils unterteilt in **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** von der Qualitätskommission, erstellt und verabschiedet. Im Berichtsjahr 2012 wurden nachfolgende Ziele definiert und erreicht.

Strukturqualität

Der *Qualitätsbericht* wurde nach den Vorgaben von H+qualité erstellt und publiziert.

Neu wird im Intranet Informer ein *übergeordnetes Qualitätshandbuch* mit den Management- und Supportprozessen erstellt und in den zertifizierten Bereichen nur noch die Kernprozesse beschrieben. Dieses Projekt wurde 2012 gestartet und wird auch noch 2013 weitergeführt.

Prozessqualität

Am 7./8.5.2012 fanden die *Überwachungsaudits nach ISO 9001:2008 und OnkoZert* durch die Zertifizierungsgesellschaft ClarCert GmbH aus Neu-Ulm in folgenden Bereichen statt:

- Darmzentrum inkl. OnkoZert
- Brustzentrum inkl. OnkoZert
- Beckenboden- und Kinderwunschzentrum
- Dialysestationen Standorte Baden, Brugg und Muri
- Institut für Radiologie Standorte Baden und Brugg

Erstzertifizierungen nach Fachgesellschaften

Neu in den Zertifizierungsprozess aufgenommen wurden die *Apotheke*, welche erstmals am 3./4.12.2012 nach dem Referenzsystem Qualität für Spitalapotheken (RQS) zertifiziert wurden. Auch das *Gefässzentrum* hat eine Zertifizierung nach der Deutschen Fachgesellschaft für Gefässchirurgie DGG am 2.8.2012 erfolgreich erreicht.

Interne Kampagne Händehygiene

Nach der internen Kampagne im Frühling 2011 und der Wahrnehmung als Führungsaufgabe hat sich die Händehygiene deutlich verbessert. Die letzte Beobachtungsstudie wurde im Herbst 2012 durchgeführt.

Die Ergebnisse wurden der erweiterten Spitalleitung, der Qualitätskommission so wie der Kommission Pflegequalität präsentiert.

Ergebnisqualität

Messungen ANQ

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

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

Messungen Kontaktgruppe Qualität Aargau (KQA)

In allen Akutspitälern des Kantons Aargau wurde vom 16.4.-15.6.2011 die *Outcome-Messung „Austrittsmanagement“* durchgeführt. Da das KSB die Messung bereits zum zweiten Mal durchführte, konnten die getroffenen Massnahmen, welche aufgrund der letzten Erhebung eingeführt wurden, kontrolliert werden. Bei der Auswertung waren positive Auswirkungen seit Einführung des Case Managements erkennbar. Nichtsdestotrotz wird das Austrittsmanagement weiterhin ein Thema bleiben, welches interprofessionell und interdisziplinär bearbeitet wird.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die strategischen Schwerpunktbereiche Onkologie und Bewegung sollen ihr Profil und damit ihre Aussenwirkung am Markt durch Zertifizierung von einschlägigen Kompetenzzentren weiter stärken. Hier stehen entsprechende adäquate, international anerkannte Zertifizierungssysteme zur Verfügung:

QM- und Zertifizierungs-Projekt im Bereich Onkologie

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

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

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

QM- und Zertifizierungs-Projekt im Bereich Bewegung

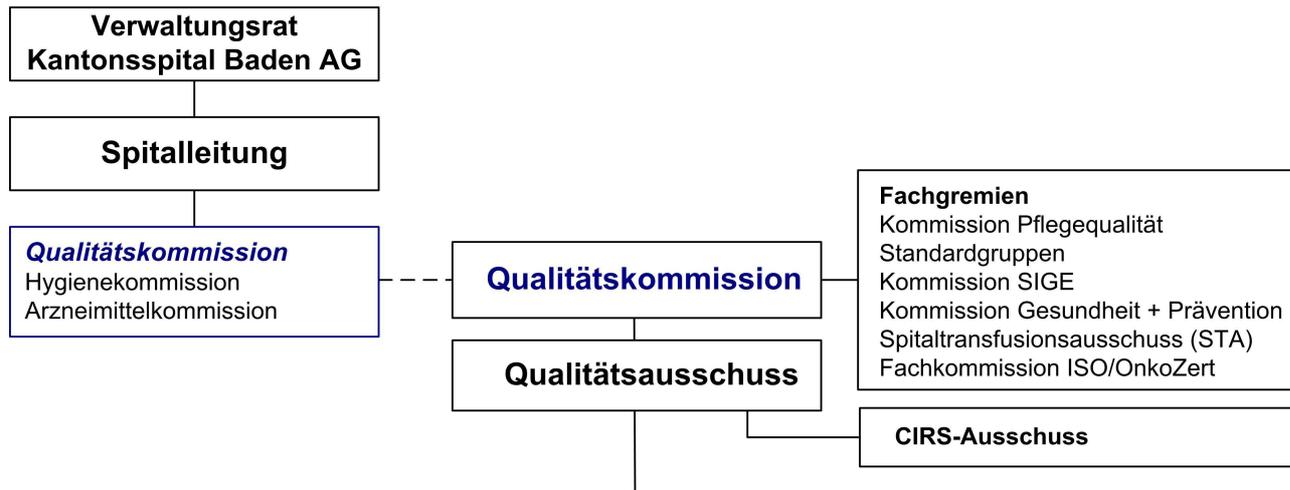
Im Bereich „Krankheiten des Bewegungsapparates“ ist die Endoprothetik von besonderer Bedeutung. Da das KSB in diesem Bereich einen klinischen Schwerpunkt anbietet, sollte das Zertifizierungskonzept diesen Schwerpunkt unterstützen.

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

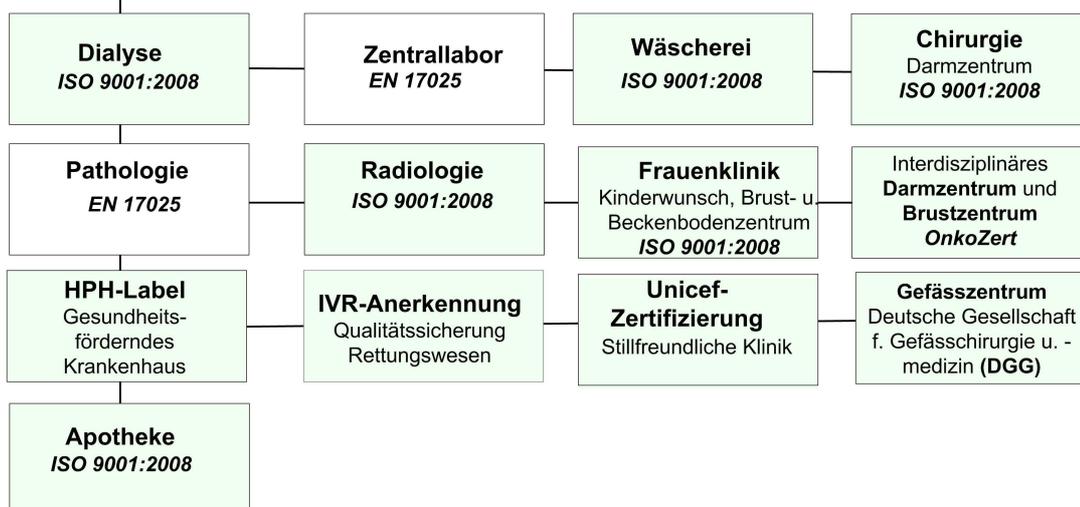
- Endoprothetik-Zentrum
- Endoprothetik-Zentrum der Maximalversorgung

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

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



Qualitätssicherung Kantonsspital Baden AG Koordination gemäss nationaler und kantonaler Vorgaben durch die Qualitätsmanagerin			
Zufriedenheitsmessungen - Patienten - Mitarbeitende - Zuweisende - Nachsorge	Ergebnismessungen Erfüllung Messvorgaben gemäss Verträge (AQC; AFS; Outcome und weitere); Definition Verbesserungsmaßnahmen	CIRS Monatliche Analyse und Besprechung im Qualitäts- und CIRS-Ausschuss Komplikationenkonferenzen	Risikomanagement inkl. IKS Laufende Aktualisierung des Risikoregisters Zweimal jährlich Zusammenkunft mit den Risikoeignern
Zertifizierungen - IVR-Anerkennung - HPH-Label - Unicef - ISO-Zertifizierungen - OnkoZert - Fachgesellschaften	ANQ - Ergebnismessungen - nationales Benchmark	Steuerungsgruppe Q-Aargau - Ergebnismessungen - kantonales Benchmark - strategische Ausrichtung kantonales Qualitätsmanagement	Branchenlösungen H+ - Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (EKAS-Richtlinie 6508) - Qualitätsbericht (H+ qualité)



<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	130 Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Mitglieder der Qualitätskommission Kantonsspital Baden AG

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Yvonne Biri Massler	056 486 29 02 (Sekretariat)	yvonne.biri@ksb.ch	Pflegedirektorin, Qualitätsbeauftragte Spitalleitung (Vorsitz Qualitätskommission)
lic. iur. Dieter Keusch	056 486 21 52 (Sekretariat)	dieter.keusch@ksb.ch	CEO (Vorsitz Risikomanagement)
Marco Bellafiore		marco.bellafiore@ksb.ch	Leiter Stabsstelle Spitalleitung (Haftpflichtwesen)
Dr. med. Andrée Friedl		andree.friedl@ksb.ch	Leitende Ärztin Innere Medizin (Vorsitz Hygienekommission)
Eveline Holdener-Mascheroni		eveline.holdener@ksb.ch	MNS Leiterin Pflegeentwicklung (Vorsitz Kommission Pflegequalität)
Florian Humbel		florian.humbel@ksb.ch	Projektleiter Prozess- & Projektmanagement (Vorsitz Kommission SIGE)
Prof. Dr. med. Thomas Kocher		thomas.kocher@ksb.ch	Departementsleiter Chirurgie
Prof. Dr. med. Rahel Kubik		rahel.kubik@ksb.ch	Departementsleiterin Medizinische Dienste
Thorsten Mühlhauser		thorsten.muehlhauser@ksb.ch	Leiter Medizincontrolling
Dr. med. Hans-Rudolf Rätz		hans-rudolf.raez@ksb.ch	Leitender Arzt Innere Medizin
Anton Schmid		anton.schmid@ksb.ch	Departementsleiter Betriebswirtschaft & Infrastruktur (BWI)
Dr. med. Markus Schwendinger		markus.schwendinger@ksb.ch	Departementsleiter Interdisziplinäres Notfallzentrum
Dr. med. Cornelia Urech-Ruh		cornelia.urech@ksb.ch	Leitende Ärztin Frauenklinik
Daniela Vetterli-Menig	056 486 29 06	daniela.vetterli@ksb.ch	Qualitätsmanagerin (Vorsitz CIRS-Ausschuss)
Dr. pharm. Peter Wiedemeier		peter.wiedemeier@ksb.ch	Leiter Spitalapotheke (Vorsitz Arzneimittelkommission)

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Kantonsspital Baden → Kapitel „Leistungen“.

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Chirurgie	Kantonsspital Baden	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Kantonsspital Baden	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)		Konsiliararzt
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Kantonsspital Baden	
Handchirurgie	Kantonsspital Baden	Belegärzte für Handchirurgie in enger Zusammenarbeit mit Klinik für Handchirurgie und plastische Chirurgie Kantonsspital Aarau
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Kantonsspital Baden	Kooperationspartner Medizinisches Zentrum Brugg; Kreisspital Muri und RehaClinic Bad Zurzach
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	Kantonsspital Baden	
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Kantonsspital Baden	Konsiliarärzte
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Kantonsspital Baden	
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde)	Kantonsspital Baden	
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	Kantonsspital Baden	Zentrum des KSB im Medizinischen Zentrum Brugg
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Kantonsspital Baden	
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)	Kantonsspital Baden	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Kantonsspital Baden	Zentrum des KSB im Medizinischen Zentrum Brugg
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Kantonsspital Baden	Dialyse-Zentren des KSB im Medizinischen Zentrum Brugg und Kreisspital Muri

Angebote medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Kantonsspital Baden	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	Kantonsspital Baden	
Intensivmedizin	Kantonsspital Baden	
Kinderchirurgie	Kantonsspital Baden	Zusammenarbeit mit Kantonsspital Aarau
Langzeitpflege		Kooperationen mit diversen Pflegezentren und Altersheimen im Ostargau
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)		Zusammenarbeit in akutnaher Neurorehabilitation mit RehaClinic Bad Zurzach
Ophthalmologie (Augenheilkunde)		Belegärzte
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Kantonsspital Baden	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)		Belegärzte
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Kantonsspital Baden	
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)	Kantonsspital Baden	
Psychiatrie und Psychotherapie		Kooperation mit PDAG (Psychiatrische Dienste Aargau) bzw. Externe Psychiatrische Dienste EPD Baden
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	Kantonsspital Baden	Institut des KSB im Medizinischen Zentrum Brugg
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Kantonsspital Baden	

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

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

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	76'287	70'801	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	18'406	18'445	
davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	1'542	1'375	
Geleistete Pfl egetage	121'676	125'915	inkl. ambulante Pfl egetage und gesunde Neugeborene
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	377	377	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	5.80	6.83	inkl. gesunde Neugeborene
Durchschnittliche Bettenbelegung	88.2	91.50	inkl. gesunde Neugeborene

D

Zufriedenheitsmessungen

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

D1 Patientenzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .	
	Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011 Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	84.0	Unsere Patientenbefragungen unterteilen sich in eine interne und eine externe Befragung. Die externe Befragung wird alle 2-3 Jahre im Rahmen einer Benchmarkingbefragung gemeinsam mit anderen Spitälern durchgeführt. Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	86.7	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	84.8	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	80.5	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	81.0	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	77.1	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	83.5	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input checked="" 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"/>	Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/>	Picker	Name des Instruments		Name des Messinstituts
<input type="checkbox"/>	PEQ			
<input type="checkbox"/>	MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/>	POC(-18)			
<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark			
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument	Freitext-Fragebogen „Zufrieden mit uns?“		
Beschreibung des Instruments		Während befragungsfreier Intervallen wird die Patientenzufriedenheit mit dem Freitext-Fragebogen „Zufrieden mit uns?“ eruiert.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patientinnen und Patienten (>= 18 Jahre) nach einem stationären Aufenthalt		
	Ausschlusskriterien	verstorbene Patientinnen und Patienten (sofern das Spital davon Kenntnis hatte)		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		458 von 1'203 versendeten Fragebogen		
Rücklauf in Prozent		38.1%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

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

D2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht . Begründung: Die Angehörigen deponieren ihre Wünsche und Bedürfnisse direkt bei den Pflegefachpersonen und werden auch direkt miteinbezogen. Bei Beschwerden können Sie die Beschwerdestelle kontaktieren oder ihre Rückmeldung auf dem internen Patientenfragebogen „Zufrieden mit uns?“ formulieren.
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit. <input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt. <input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. Die letzte Messung erfolgte im Jahr: <input type="text"/> Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: <input type="text"/>

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht . Begründung: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit. <input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt. <input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. Die letzte Messung erfolgte im Jahr: <input type="text" value="2010"/> Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: <input type="text" value="2013"/>

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	63.3	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	65.1	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Pflegepersonal	62.5	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Therapeuten	68.2	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
med.-tech. Personal	61.2	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Hauswirtschaftspersonal	63.1	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe

Verwaltung	64.4	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
<input checked="" 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 Instruments	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstituts	MECON measure & consult GmbH

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden wurden befragt		
	Ausschlusskriterien	Keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		1'087		
Rücklauf in Prozent		60%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten

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

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
Begründung	Die Zuweiserzufriedenheit wurden 2008 erstmals und wiederholt 2012 indirekt mit der Erhebung „Austrittsmanagement“, wo unter anderem die nachsorgenden Institutionen befragt werden, erhoben. Da dabei jeweils pro Patient ein Fragebogen an die nachsorgende Institution verschickt wurde, hatten die zuweisenden Hausärzte zahlreiche Fragebögen zu beantworten, was einigen Unmut auslöste. Das KSB hat diese Kritik ernst genommen und daher eine restriktive Vorgehensweise bezüglich der Durchführung von Zuweiserbefragungen beschlossen.		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	

E

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 ANQs 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.

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Für die Typologie Rehabilitation hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsindikatoren empfohlen.

Weitere Informationen: www.anq.ch

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.

E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss SwissNOSO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantat-Register	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

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

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

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

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

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:					
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Interpretation ²
Intern	Extern				
3.74%	0.60%	4.69%	0.9250	A	A = gut B = normal C = muss analysiert werden

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Ein gutes Ergebnis, kein Handlungsbedarf.	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ³

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		13'581

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

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

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

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen.

³ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Wertung der Ergebnisse ⁴
3.39%	3.31%	1.0239	B	A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
Ein gutes Ergebnis, kein Handlungsbedarf.				
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
	Begründung			
Informationen für das Fachpublikum				
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ⁵			
Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)		
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).		
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		8'382		

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

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

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen.

⁵ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle. SwissNOSO führt im Auftrag des ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung 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 checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
		Chirurgie und Orthopädie

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:				Vorjahreswerte	
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)	
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen	180	3	1.67% (0.3-4.8)	3.8% (1.9-7)	
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen			% ()	% ()	
<input type="checkbox"/> Hernieoperationen			% ()	% ()	
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	46	14	30.4% (17.7-45.8)	24.7% (16.4-34.8)	
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()	
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()	
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen			<i>Da bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach 1 Jahr durchgeführt wird, liegen für 2012 noch keine Resultate vor.</i>		
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen					
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)			% ()	% ()	
<input type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)			% ()	% ()	
<input type="checkbox"/> Die Messung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.					
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

Informationen für das Fachpublikum

Auswertungsinstanz	SwissNOSO
--------------------	-----------

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabelle mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		100 Patienten / beurteilte Operation

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁷ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

Informationen für das Fachpublikum			
Messinstitution	Berner Fachhochschule		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care, Wochenbettstation), (≥ 18 Jahre). (Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten	214	Anteil in Prozent (Antwortrate)	82.9%
Bemerkung	Die bereinigten Schlussresultate sind zum Publikationsdatum des Qualitätsberichts noch ausstehend.		

Stürze

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		2012	
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁸	
5	In Prozent	2.4%	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung			

⁷ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

⁸ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Sturzprophylaxe	Weniger Sturzereignisse durch Risikoeinschätzung, Niederflurbett, Klingelmatte und Sichtwache	Alle Bettenstationen	2008 bis auf weiteres
Einführung Sturzprotokoll im CIRS-Meldeportal	Erfassen der im Spital entstandenen Stürze, Controllinginstrument für Fachverantwortliche Pflege	Medizin, Chirurgie und Gynäkologie	2012 bis auf weiteres

Dekubitus (Wundliegen)

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		2012	Anzahl Patienten mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4		8 Patienten	3.7%
	ohne Kategorie 1		2 Patienten	1.4%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1		6 Patienten	2.8%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1		1 Patient	0.5%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1		2 Patienten	0.9%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1		2 Patienten	0.9%

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Das Patientenkollektiv war gegenüber 2011 jünger und somit wurden weniger schwerkranke Patienten in die Prävalenzmessung 2012 eingeschlossen.	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Einführung Dekubitusprotokoll im CIRS-Meldeportal	Erfassen der im Spital entstandenen Dekubitus, Controllinginstrument für Fachverantwortliche Pflege	Medizin, Chirurgie und Gynäkologie	2012 bis auf weiteres

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

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 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.

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

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

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.16	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.83	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.06	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.86	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.35	0 = nie 10 = immer

Bemerkungen	
Die Ergebnisse liegen im Mittelfeld aller Vergleichsspitäler, kein Handlungsbedarf.	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Zentrales Messinstitut	Dezentrales Messinstitut
<input checked="" type="checkbox"/> hcri AG	<input type="checkbox"/> hcri AG
<input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	<input checked="" type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH
	<input type="checkbox"/> ESOPE
	<input type="checkbox"/> NPO PLUS
	<input type="checkbox"/> Stevemarco sagl
	<input type="checkbox"/> QM Riedo

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2012 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Anzahl angeschriebene Patienten		1'117	
Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten		556	Rücklauf in Prozent 49.8%

F

Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

F1 Austrittsmanagement

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	
	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Austrittsmanagement	Kantonaler Messindikator 2012
<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.
	Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instruments:
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:
		hcric AG health care research institute AG

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten inkl. Wochenbett und Patienten mit Hospitalisation >24 Stunden	
	Ausschlusskriterien	Patienten unter 18 Jahren.	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten	1'941	Anteil in Prozent	48.2%
Bemerkung	Die Messdauer wurde im ganzen Kanton Aargau von ursprünglich drei auf zwei Monate reduziert.		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Zusammenarbeitsprojekt ambulante und stationäre (akute) Gesundheitsversorgung in der Region Baden	Künftige Zusammenarbeit, Entwicklung gemeinsamer Strategien, Konzepte und Lösungen	Schnittstelle ambulant-stationär und stationär-ambulant	Start 2012 – auf weiteres
Verbesserung des internen Prozesses Austritts- und Überleitungsmanagement	Prozessoptimierung im Austrittsmanagement	Bettenstationen	Start 2013 – auf weiteres



Registerübersicht

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

Nimmt der Betrieb an Registern teil?

Nein, unser Betrieb nimmt an **keinen Registern** teil.

Begründung

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

Registerübersicht

Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
Absolute Minimal Data Set - AMDS	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2005
Acute Myocardial Infarction in Switzerland - AMIS Plus	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2002-2011
Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie - AQC	Chirurgie , Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2004
Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken - ASF	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1998
Fécondation In Vitro National - FIVNAT-CH	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch/	2000
Knochtumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie - KTRZ	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie , Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochtumor-referenzzentrum/	sporadisch seit 1993 (im KSB gibt es selten solche Tumoren)
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Einführungsdatum unbekannt
Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI - MDSi	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008
Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien - MIBB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	2008
Schweizer Dialyseregister - SSRQAP	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2006 (Monitorstudie)

Schweizerische HIV Kohortenstudie - SHCS	Infektiologie	Schweizerische HIV Kohortenstudie www.shcs.ch	Ja, ist jedoch kein Register
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2010
Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases - SIOLD	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch	2010
SIRIS – Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program - SRRQAP	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	2007-2010
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2012
Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung - NICER	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org	2013 über Krebsregister Kt. Aargau
Erfassung abdomineller Bauchortenaneurysmen QS-BAA-Register	Gefässchirurgie	DIGG (Deutsches Institut für gefässmedizinische Gesundheitsforschung) www.digg-dgg.de	2012
Krebsregister Kanton Aargau	Alle	www.krebsregister-aargau.org	2013
Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM) FertiSave-Register	Kinderwunschzentren	www.sgrm.org	2012
Swiss venous thromboembolism Registry - Swivter	Register über Thrombosen und Lungenembolien		2013
Bemerkung			

H

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

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

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Ablösung CIRSmedical durch Meldeportal® St. Galler CIRS (Critical Incident Reporting System)	Systematische Verbesserungspotenziale durch Melden von kritischen Zwischenfällen ermitteln Vermeidung von Schadenfällen	Meldekreise: - Innere Medizin - Chirurgie - Frauen und Kinder-Klinik - Medizinische Dienste - Interdisziplinäres Notfallzentrum	Mai 2011 – Juli 2012
Meldeportal® Hämovigilanz und Hämovigilanz Near Miss	Unerwünschte Wirkungen vor, während und nach der Verabreichung von Blutprodukten erfassen	Gesamtspital	Mai 2011 – Juli 2012
Meldeportal® Materiovigilanz	Vorkommnisse mit Medizinprodukten wie z.B. Verbrauchsmaterial oder medizinische Geräte erfassen	Gesamtspital	Mai 2011 – Juli 2012
Meldeportal® Pharmakovigilanz	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen erfassen	Gesamtspital	Mai 2011 – Juli 2012
Meldeportal® Sturzmeldungen	Stürze im Spital erfassen und Massnahmen zur Sturzvermeidung erarbeiten	Gesamtspital	Mai 2011 – Juli 2012
Meldeportal® Dekubitusmeldungen	Entstandener Dekubitus im Spital erfassen und Massnahmen zur Vermeidung erarbeiten	Gesamtspital	Mai 2011 – Juli 2012
Meldeportal® Aggressionsmanagement	Strukturierte, Online-Erfassung von Aggressionsereignissen mit dem SOAS-Fragebogen (Staff Observation Aggression Scale) wegen einer Häufung von verbalen Bedrohungen und Gewaltdelikten.	Pilot auf der Notfallstation, Ausweitung auf Gesamtspital geplant	November 2012 – auf weiteres
Einführung Multiprojektmanagement	Unternehmensweite Planung und Steuerung der Projektlandschaft	Gesamtspital	Im Aufbau seit Juli 2012 – auf weiteres
Einführung Rahmenkonzept Prozessmanagement	Unternehmensweite Prozessdarstellung in der Internationalen Notation BPMN 2.0	Gesamtspital	September 2012 – auf weiteres

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

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

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

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

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

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

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

Baden, im April 2013
Qualitätskommission