

BAD SCHINZNACH



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



**Muskuloskelettale und
Neurologische Rehabilitation**

Qualitätsbericht 2009

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern und Basel-Stadt



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	4
B	Qualitätsstrategie	5
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	5
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	7
C1	Kennzahlen Akutsomatik	7
C2	Kennzahlen Psychiatrie	7
C3	Kennzahlen Rehabilitation	7
C4	Kennzahlen Langzeitpflege	7
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	9
D1	Zufriedenheitsmessungen	9
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	9
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	10
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	11
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	12
D2	ANQ-Indikatoren	13
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	13
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	13
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	14
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	14
D3	Weitere Qualitätsindikatoren	15
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	16
D5	KIQ-Pilotprojekte	17
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	17
D5-2	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation	17
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	18
E1	Pflegeindikatoren	18
E1-1	Stürze	18
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	18

E2	Weitere Qualitätsindikatoren.....	19
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege.....	19
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings.....	19
F	Verbesserungsaktivitäten.....	20
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard.....	20
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten.....	20
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte.....	21
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	22
G	Schlusswort und Ausblick.....	24
H	Impressum.....	25
I	Anhänge.....	26

A

Einleitung



Die Privat-Klinik Im Park ist eine anerkannte Rehabilitationsklinik im Kanton Aargau, die sich auf die Betreuung von Patienten mit akuten oder chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparats sowie auf Patienten mit neurologischen Beschwerden spezialisiert hat. Die Klinik verfügt über 55 Betten in 40 rollstuhlgängigen Privat-, Halbprivat- und Allgmeinziimmern.

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

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

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



B1 Qualitätsstrategie und -ziele

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

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

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

In einem mehrstufigen, interaktiven Prozess wurde das Leitbild der Bad Schinznach AG entwickelt. Durch das konstruktive und kreative Zusammenwirken von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus allen Unternehmensbereichen haben wir von innen einen Leitfaden geschaffen, der uns jederzeit aufzeigt, wofür wir stehen und was uns wichtig ist. Das Leitbild ist für uns ein Arbeitsinstrument, das uns hilft, geschlossen und einheitlich nach aussen im Namen des Unternehmens aufzutreten.

Die Bad Schinznach AG versteht sich seit langem als Firma mit einem hohen Qualitätsanspruch. Bisher hatten wir aber nur geringen Wert darauf gelegt, diese Qualität auch effektiv zu messen. Die politische Diskussion zur Qualitätsmessung im Gesundheitswesen hat uns zu Beginn des Jahres 2009 dazu bewogen, uns auch intern verstärkt mit diesem neuen Tätigkeitsgebiet auseinanderzusetzen. Innerhalb dieses Prozesses sind wir seit August 2009 mit der Privat-Klinik Im Park auch Teilnehmer am nationalen Pilotprojekt der ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) zur ergebnisrelevanten Qualitätsmessung in der Rehabilitation.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

Erarbeitung und Einführung eines neuen Leitbildes und Einführung eines einheitlichen Personaleinsatzplanungssystems (PEP)

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Ende 2009 haben wir uns entschieden, ein einheitliches Qualitätsmanagementsystem in allen Geschäftsbereichen einzuführen. Dabei waren Kriterien, wie Integration von Teilaspekten (Bsp. EKAS), messbare Qualitätsstandards und die Möglichkeit einer zukünftigen Zertifizierung zu berücksichtigen. Als gewinnorientiertes Unternehmen, das bestrebt ist seine Wettbewerbsstärke kontinuierlich zu steigern, wurde das EFQM-Modell für Excellence als Grundstruktur ausgewählt. Das Modell ist Grundlage für eine ganzheitliche, grundlegende Analyse der Organisation mit dem Ziel, Stärken und Schwächen zu analysieren und Handlungsbedarf zu identifizieren und zu priorisieren. Das Modell unterstützt das ganzheitliche Verständnis von Ursachen-Wirkungs-Zusammenhängen in einer Organisation. Ebenfalls ist das Modell Bewertungsgrundlage für Stufen der Excellence. Das Anerkennungsprogramm „Stufen der Excellence“ besteht in Europa seit 2001 und wurde entwickelt, um den Weg zu unternehmerischer Excellence in klar definierten Stufen anzuerkennen. Mit externer Unterstützung der Firma saq-qualicon befindet sich die Bad Schinznach AG seit Januar 2010 in Richtung der ersten Stufe „Verpflichtung zu Excellence“ und wird in den kommenden Jahren daran arbeiten, durch stetige Qualitätsverbesserung den Weg Richtung Business Excellence zu gehen.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt. Siehe Anhang 1		
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.		
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich:		
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	50	Stellenprozent	zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

C

Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle		
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene		
Anzahl stationäre Patienten		
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene		
Anzahl Pflgegetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte		

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflgegetage
stationär				
Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte				

C3 Kennzahlen Rehabilitation



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl stationäre Patienten	770	
Anzahl Pflgegetage gesamt	17895	
Bettenanzahl per 31.12.	55	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	23.85	Muskuloskelettale: 21.6 (durchschnittlich hohe Aufenthaltsdauer setzt sich durch hohen Anteil an Unfallpatienten zusammen) Neurologische: 27.1
Durchschnittliche Auslastung der Betten	89.1%	
Spitalgruppen: Nennung der Rehabilitations-Standorte		

C4 Kennzahlen Langzeitpflege



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.		
Anzahl Pflgegetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		

Durchschnittliche Auslastung		
Spitalgruppen: Nennung der Langzeitpflege-Standorte		

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen: <input type="text"/>

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	88%	Bei der Auswertung der Patientenzufriedenheit, unterteilt in die Bereiche Reservierung, Empfang, Zimmer, Restaurant, Hotelbar, Küche, Arzt, Pflege, Therapie, Aquarena, Thermi und Bad Schinznach Allgemein bewerten 88.88% der Patienten unsere Leistungen mit höchster Bewertungsstufe „sehr gut“, 10.21% mit „gut“, 0.83% mit „nicht schlecht“ und 0.08% mit „schlecht“. Verlauf siehe Anhang 3
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	<input type="text"/>	Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input checked="" type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Fragebogen		
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten	Befragt wurden im Jahr 2009 mittels Fragebogen 804 Patienten, von denen 253 Patienten den Fragebogen ausgefüllt und retourniert haben. Dies entspricht einem Rücklauf von 19%.		
Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt: <input type="text"/>	

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes		
	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
	Rücklauf in Prozenten		
	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung: 2010
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D1-4 Zuweiserzufriedenheit



Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung: 2010
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Da die sich Wiedereintrittsrate in der Privat-Klinik Im Park auf 3 bis 4 Patienten pro Jahr beschränkt, wird diese nicht systematisch gemessen.

- Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
- Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Anzahl Behandlungen in 2009	Anzahl erneute Behandlungen in 2009	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

- Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
- Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?	<input type="text"/>
Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Blinddarmentfernung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hernieoperation	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Operation am Dickdarm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hüftgelenksprothesen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kniegelenksprothesen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen



Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die Infektionen werden in unserer Institution nicht gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?	<input type="text"/>
Infektions-Messthema	<input type="text"/>	
Messung im Berichtsjahr 2009		
Gemessene Abteilungen:	<input type="text"/>	Ergebnis: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	<input type="text"/>

D3 Weitere Qualitätsindikatoren



Messthema		SF 36 und spezielle Fragebögen Wirbelsäule und untere Extremitäten	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	Orthopädie	Ergebnis:	Statistische Auswertung
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		Rehabnet

Messthema		EBI	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	Neurologie	Ergebnis:	Statistische Auswertung
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		Rehabnet

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		



Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Bemerkungen			

Legende:

- ¹ **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung
- ² **A**=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System
- ³ **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009
C=Einführung im Berichtsjahr 2009

D5 KIQ-Pilotprojekte



Das nationale KIQ Pilotprojekt Psychiatrie, getragen von H+, santésuisse und MTK, mit Beisitz von der Fachstelle für Qualitätssicherung des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, spezifiziert für die Psychiatrie und die beiden Bereiche der muskuloskelettalen sowie neurologischen Rehabilitation die Qualitätsförderungsbemühungen gemäss KVG und KVV. Mit klinikinternen Messungen sowohl aus Patientensicht (Selbstrating) als auch aus Behandlungssicht (Fremdrating), mit einem regelmässigen Austausch und einer Vernetzung zwischen allen Pilotkliniken und auch einem systematischen Vergleich der Messergebnisse der Pilotkliniken wird im zweijährigen Pilot die Qualität und die Reflexion über Verbesserungsmaßnahmen gefördert.

Erst im März 2009 schlossen sich die nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung **KIQ** und der Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung **IVQ** zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken **ANQ** zusammen. Deshalb wird in diesem Berichtsjahr noch die Bezeichnung KIQ verwendet.

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja	Gewählte Messvariante: <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
<input type="checkbox"/> nein	

D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input checked="" type="checkbox"/> ja: muskuloskelettale Reha	Gewählte Körperregionen: <input checked="" type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule (LWS) <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule (HWS) <input checked="" type="checkbox"/> Untere Extremitäten (UEX) <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten (OEX) <input type="checkbox"/> ganzer Körper (SYS)
<input checked="" type="checkbox"/> ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
<input type="checkbox"/> nein	

E

Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“					
Messung im Berichtsjahr 2009					
Spitalgruppen: an welchen Standorten?					
Gemessene Abteilungen:					
Ergebnis gesamt:		Anteil mit Behandlungsfolgen:		Anteil ohne Behandlungsfolgen:	
<input type="checkbox"/>		Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
<input type="checkbox"/>		Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/>		Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		Die Stürze belaufen sich auf ca. 20 pro Jahr ohne Behandlungsfolgen. Aufgrund der geringen Anzahl und keiner schwerwiegenden Folgen werden Stürze nicht systematisch gemessen.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009					
<input type="checkbox"/> internes Instrument		Name des Instrumentes:			
<input type="checkbox"/> externes Instrument		Name Anbieter / Auswertungsinstanz:			

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009					
Spitalgruppen: an welchen Standorten?					
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis gesamt:			
<input type="checkbox"/>		Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
<input type="checkbox"/>		Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/>		Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		Dekubiti bei ca. 12 zugewiesenen Patienten und keine Eigene. Derzeit werden die Wunden systematisch nach Wundmanagementkonzept (im Aufbau) behandelt.			

Entstehungsort der Dekubiti	Werte (quantitativ)				
	gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung					
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.					
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen					

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009	
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-1 Zusatz für Langzeitpflege



Indikator	Werte: [%] oder quantitativ	Bemerkungen
Freiheitseinschränkende Massnahmen: Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall		
Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		
Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohner	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen.	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen nicht.

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

F Verbesserungsaktivitäten



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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Gesamtklinik	EFQM	2010	./.	Start Januar 2010

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (Gesamtklinik oder Fachbereich)	Aktivität (Titel)	Ziel
Gesamtklinik	Optimierung Patienten- Zufriedenheitsmessung	Aussagekräftige Patientenzufriedenheitsumfrage, die kontinuierlich durchgeführt wird. Die Umfrage soll in Form eines Fragebogens erfolgen, der effizient ausgewertet werden kann. Durch die Patientenzufriedenheitsumfrage erhalten wir ein Mittel, Verbesserungspotentiale innerhalb des Unternehmens zu erkennen und durch Umsetzung dieser, die Patientenzufriedenheit kontinuierlich zu überprüfen und zu verbessern.
Gesamtklinik	Zuweiser-Zufriedenheitsmessung	Messung der Zuweiser-Zufriedenheit und Erkennen von Verbesserungspotential
Gesamtklinik	Mitarbeiter-Zufriedenheitsmessung	Aussagekräftige Mitarbeiterzufriedenheitsumfrage, die periodisch und kontinuierlich durchgeführt wird. Die Umfrage soll in Form eines Fragebogens erfolgen, der auf allen Hierarchien der BSAG. Durch die Mitarbeiterzufriedenheitsumfrage erhalten wir ein Mittel, Verbesserungspotentiale innerhalb des Unternehmens zu erkennen und durch Umsetzung dieser, die Mitarbeiterzufriedenheit kontinuierlich zu überprüfen und zu verbessern.
Gesamtklinik	Optimierung Prozessmanagement	Prozessmanagement, das sich auf die Kundenbedürfnisse und den Kundennutzen ausrichtet und die Schnittstellenproblematik

		innerhalb der Unternehmung verbessert. (Fördern von Verständnis, Zusammenarbeit). Wir erhalten eine einheitliche Dokumentation, dessen geregelte Einführung und Pflege, Voraussetzung für eine ständige und nachhaltige Nutzung ist. Ebenfalls wird durch die Dokumentation zur Wissenserhaltung innerhalb der Unternehmung beitragen.
Gesamtklinik	Teilnahme am anq-Pilotprojekt	Messung der medizinischen Ergebnisqualität
Orthopädie	Assesments	Messung der medizinischen Ergebnisqualität
Neurologie	Assesments	Messung der medizinischen Ergebnisqualität
Labor	Interne und externe Überprüfung folgender Laborwerte: CRP Schnelltest Blutzucker Test Quick/ INR	Interne und externe Qualitätskontrolle

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Gesamtklinik	Einführung des EFQM Modells	Anerkennung der 1. Stufe „Committed to Excellence“ durch Umsetzung der Projekte 1-4 unter Punkt 11.2	laufend

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

Projekttitlel	Planungs- und Arbeitszeitkontrolle	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Einsatz einer elektronischen Planungs- und Arbeitszeitkontrolle	
Beschreibung	In Bezug auf die arbeitsrechtlichen Vorgaben und der gesetzlichen Auflagen betreffend Aufbewahrungspflicht wurde entschieden, ein elektronisches Planungs- und Arbeitszeitkontrollsystem zu evaluieren. Die wichtigsten Vorgaben für die Evaluation: Schnittstellenkompatibilität, Einsatzmöglichkeit in der ganzen BSAG, Abteilungs-spezifische Kriterien integrierbar.	
Projekttablauf / Methodik	Bedarf der Rahmenbedingungen wurden analysiert. Module von bereits bestehenden SW-Systemen wurden geprüft (Abacus, Polypoint). Evaluationsphase: Prüfung der SW mit den internen Anforderungen. Pilotphase: Einsatz eines Testmoduls (1:1 Abbildung). Systemumstellung: Parallellauf während einer 2-monatigen Umstellungsdauer, Definition Schnittstellen, Information, Schulung, Einführung, div. Anpassungen von Arbeitszeiten, Anstellungsbedingungen, Arbeitsabläufen und Prozessen inkl. Controlling.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Alle.	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Bei der Evaluationsphase musste aufgrund der bereits im Einsatz stehenden – und bewährten – Systeme nur ein geringer Aufwand betrieben werden. Die Umstellung auf das neue System war jedoch mit entsprechendem Aufwand verbunden, im Speziellen die veränderte Arbeitsweise der betreffenden User (von manuell zu elektronisch). Synergien im Bereich der eingesetzten Module (des gleichen Anbieters) können genutzt werden. Updates und SW-Anpassungen werden regelmässig durchgeführt.	
Weiterführende Unterlagen	Schulungsunterlagen, Handbuch, Weisungen und Informationen	

Projekttitlel	Leitbild	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Vision, Strategie und Leitsatz soll kommuniziert und damit die Identifikation gesteigert werden. Ein (aktualisiertes bzw. neu erarbeitetes) Leitbild soll als Instrument eingesetzt werden.	
Beschreibung	Das Instrument soll für die Realisierung von gemeinsamen Wertvorstellungen und als Basis für die Einführung des Qualitätsmanagements gelten. Die Voraussetzung einer dynamischen Kultur und Organisation sollen so realisiert werden.	
Projekttablauf / Methodik	Der GL-Entscheid wird gesamtbetrieblich informiert. Strategie, Vision, Leitsatz wurden definiert und dem VR präsentiert. Zeitplan, Rahmenbedingungen, Budget, Projektleiter und Mitbeeinflusser wurden bestimmt. Der Inhalt sowie die Gestaltung des neuen Leitbildes wurde unter Miteinbezug aller Mitarbeiter erarbeitet. Dafür wurden Workshops für Bereichsleiter durchgeführt und Umfrage-/Gestaltungsbogen an die Mitarbeiter verteilt. Anschliessend an die offizielle Vernehmlassung wurden gestalterische Vorschläge durch eine externe Partnerfirma erarbeitet. Die Implementierung des neuen Leitbildes wurde mittels Schulung (hierarchisch GL>BL>MA) durchgeführt, dies nach einer symbolischen Taufe anlässlich der Personalfeier. Neuen Mitarbeitern wird die Definition des Leitbild-Inhaltes während dem obligatorischen Einführungstag erklärt (Modul Leitbild-Info). Symbolisch ‚lebt‘ der Leitbild-Prozess in gestalterischen Elementen weiter (Bilder in BL-Büros, Gesamtwerke aus den Workshops).	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Alle.	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Das ‚alte‘ Leitbild konnte für die Erarbeitung der neuen Version nicht genutzt werden, da Inhalt und ‚Vision‘ nicht kongruent waren. Die Nachhaltigkeit und die Gültigkeit werden laufend überprüft. Die Möglichkeit besteht jederzeit, nicht mehr gültige Leitsätze anzupassen.	
Weiterführende Unterlagen	Leitbild, siehe Anhang 2	



Schlusswort und Ausblick



Im abgelaufenen Geschäftsjahr konnten wir eine stark steigende Nachfrage nach unseren Klinikleistungen feststellen. Eine grosse Zahl unserer Patienten schätzt die individuelle, medizinisch und therapeutisch hochstehende Qualität in unserem Hause. Wir wollen auch in den kommenden Jahren eine kleine, qualitativ hochstehende Klinik sein, welche den individuellen Ansprüchen aller Patienten gerecht werden kann.



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern
© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Bericht wird das Wappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch http://www.gef.be.ch/site/gef_spa_qabe



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind verpflichtet, die im Bericht mit dem Wappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

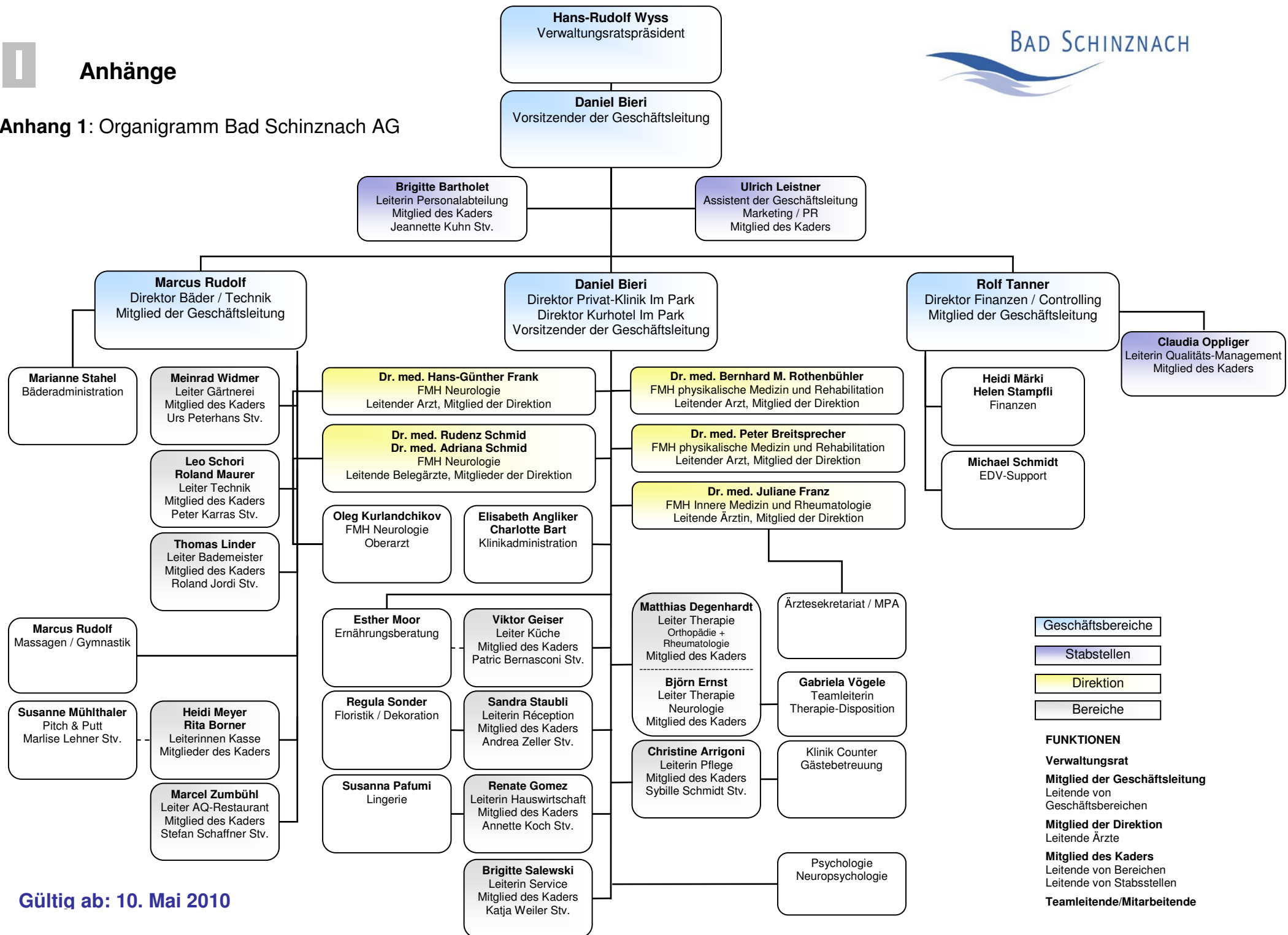
Siehe auch www.anq.ch



Anhänge



Anhang 1: Organigramm Bad Schinznach AG



Gültig ab: 10. Mai 2010

- Geschäftsbereiche
- Stabstellen
- Direktion
- Bereiche

- FUNKTIONEN**
- Verwaltungsrat**
 - Mitglied der Geschäftsleitung**
Leitende von Geschäftsbereichen
 - Mitglied der Direktion**
Leitende Ärzte
 - Mitglied des Kaders**
Leitende von Bereichen
Leitende von Stabsstellen
 - Teamleitende/Mitarbeitende**

Anhang 2: Leitbild Bad Schinznach AG

Unser Leitbild

Gemeinsam von innen entwickelt für einen einheitlichen, authentischen und erfolgreichen Auftritt nach aussen.

Unser Leitbild – ein wichtiges Arbeitsinstrument

In einem mehrstufigen interaktiven Prozess haben wir gemeinsam das Leitbild der Bad Schinznach AG entwickelt. Es enthält unsere Ziele und Werte, es fasst zusammen, wie wir uns selbst sehen und präsentieren. So werden diese Werte in der täglichen Arbeit mit Leben gefüllt und bilden die Grundlage der Identität unseres Unternehmens.

Durch das konstruktive und kreative Zusammenwirken von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus allen Unternehmensbereichen haben wir von innen einen Leitfaden geschaffen, der uns jederzeit aufzeigt, wofür wir stehen und was uns wichtig ist. Deshalb enthält das Leitbild nicht nur schöne Worte, sondern ist ein Arbeitsinstrument, das uns hilft, geschlossen und einheitlich nach aussen im Namen des Unternehmens aufzutreten.

Wir leben vor, dass die Bad Schinznach AG «ganz unsere Welt» ist, das können wir dank dem Leitbild jederzeit überprüfen. Unser Leitsatz bekommt so nicht nur für unsere Kunden, sondern auch für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine tiefere Bedeutung.



Daniel Bieri
Vorsitzender der Geschäftsleitung

Unsere Vision

«Bad Schinznach – Die Quelle der Erholung und des Wohlbefindens.»

Unser Leitsatz

«Bad Schinznach – Ganz meine Welt.»

Unsere Strategie

«Bad Schinznach – Wir sind ein Dienstleistungsunternehmen, welches in den Kernbereichen Thermalbad, Rehabilitationsklinik und Hotel ein auf dem Markt führendes Angebot für alle Kundengruppen zur Verfügung stellt.»

Führung & Organisation

- Das oberste Unternehmensziel ist die Unabhängigkeit und die langfristige Absicherung der Wettbewerbsfähigkeit durch eine gewinnorientierte und nachhaltige Unternehmensentwicklung.
- Wir streben für unsere Investoren eine angemessene Eigenkapital-Rendite an.
- Wir führen zielorientiert und strategiekonform.
- Wir informieren transparent und stufengerecht über Zahlen und Ergebnisse zur Förderung des Interesses der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den finanziellen Geschäftszielen.
- Die Ziele und die Aufgaben des Gesamtunternehmens sind allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt, und sie identifizieren sich damit.
- Wir fördern die Mitverantwortung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Delegation von Aufgaben und Kompetenzen.
- Wir schaffen kurze Entscheidungswege durch ein klares Organigramm und eine offene Kommunikation.

Mitarbeitende & Zusammenarbeit

- Wir wollen engagierte, motivierte, innovative und bestens ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in vernetzten Teams, die Zusammenhänge begreifen und verantwortungsvoll handeln.
- Wir schaffen vorteilhafte und attraktive Arbeitsbedingungen mit Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten.
- Wir setzen Flexibilität, Leistungsbereitschaft sowie ständige Lernbereitschaft voraus.
- Wir bauen auf die Selbstverantwortung des Einzelnen und berücksichtigen seine individuellen Fähigkeiten.
- Wir fördern teamorientiertes und bereichsübergreifendes Zusammenarbeiten.
- Wir übertragen Kompetenzen, definieren Leitplanken und fördern so die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen.
- Wir kommunizieren offen, direkt und wertschätzend über alle Hierarchiestufen.

Qualität & Zielsetzung

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

Kunden & Dienstleistung

- Die Sicherstellung der Kundenzufriedenheit durch unsere Dienstleistung auf höchstem Niveau steht im Zentrum unseres Denkens und Handelns.
- Kritik und Anregungen erkennen wir als Chance, uns und unsere Arbeit laufend zu verbessern.
- Wir nutzen die Synergien aus Klinik, Hotel und den Bädern.
- Wir bieten klare und übersichtliche Angebote, die dem Kundenwunsch entsprechen.
- Wir versuchen, die individuellen Wünsche eines jeden Kunden zu erkennen und zu befriedigen. Dadurch findet bei uns jeder Gast «ganz seine Welt».

Ethik & Umwelt

- Gegenseitiger Respekt und Toleranz prägen den Umgang untereinander, unabhängig von Herkunft, Bildung und Kultur.
- Wir tragen Sorge zur Umwelt durch die nachhaltige Nutzung unserer Mittel und Ressourcen.
- Wir überprüfen unser Handeln ständig und übernehmen die Verantwortung dafür.
- Für das Erreichen individueller und gemeinsamer Ziele unterstützen wir den Menschen durch ein förderndes Miteinander.
- Wir sind ein fairer und ehrlicher Partner für alle Interessengruppen.

Marketing & Öffentlichkeit

- Die Einhaltung und professionelle Umsetzung unserer Corporate Design- und Corporate Identity-Richtlinien sind die Voraussetzung für eine erfolgreiche Positionierung und Wiedererkennung am Markt und damit für den Erfolg unserer Marketing- und Werbemaßnahmen.
- Zur Stärkung der Dachmarke Bad Schinznach AG ist unsere Marketingkommunikation bereichsübergreifend sichergestellt.
- Unsere wichtigsten Werbeträger und Markenbotschafter sind unsere Kunden und unsere Mitarbeiter.



Bilder, welche im Rahmen des Leitbild-Workshops entstanden sind.

Anhang 3: Auswertung Patientenzufriedenheit 2009

