

Qualitätsbericht 2008

AKUT und PSYCHOSOMATIK

Berichtsperiode: 2008



Klinik Barmelweid
5017 Barmelweid

Nach den Vorgaben von



1 Inhaltsverzeichnis AKUT

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Einleitung	4
3	Q-Organisation des Spitals im Überblick	5
3.1	Kontaktangaben	5
3.2	Qualitätsverantwortliche / Q-Team	5
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital	6
4	Kennzahlen	7
4.1	Versorgungsstufe	7
4.2	Personalressourcen	7
4.3	Fallzahlen	7
4.4	Weitere Leistungskennzahlen	8
4.5	Top Ten-Diagnose stationär	8
4.6	Top Ten- Eingriffe	9
4.7	Altersstatistik	9
4.8	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives	10
4.9	Mortalitätszahlen	10
4.9.1	Spitaleigene Mortalitätserhebung	10
4.9.2	Mortalitätszahlen BAG / Helios	10
4.9.3	Umgang mit Todesfällen im Spital	11
5	Zufriedenheitsmessungen	12
5.1	Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen	12
5.1.1	Gesamtzufriedenheitsmessung	12
5.1.2	Detaillierter Ausweis	12
5.2	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme	12
5.3	Mitarbeiterzufriedenheit	13
5.4	Zuweiserzufriedenheit	13
6	Qualitätsindikatoren	15
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte)	15
6.1.1	Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape	15
6.1.2	Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation	15
6.2	Infektionen	15
6.2.1	Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ	15
6.2.2	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	16
6.2.3	Präventionsmassnahmen	16
6.3	Komplikationen	16
6.3.1	Beteiligung an Messprogrammen	16
6.3.2	Präventionsmassnahmen	17
6.4	Pflegeindikator „Stürze“	17
6.4.1	Beteiligung an Messprogrammen	17
6.4.2	Präventionsmassnahmen	17
6.5	Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)	18
6.5.1	Beteiligung an anderen Messprogrammen	18
6.5.2	Präventionsmassnahmen	18
6.6	Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren	19
7	Qualitätsaktivitäten	20
7.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard	20
7.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten	20
7.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	21
8	Schlusswort und Ausblick	22
9	Ausgewählte Qualitätsprojekte	23

11 Inhaltsverzeichnis PSYCHOSOMATIK

11	Inhaltsverzeichnis	25
12	Einleitung	26
13	Betriebsangaben	27
13.1	Angebotsumfang	27
13.2	Kontaktangaben	27
13.3	Personalressourcen pro Berufsgruppe	28
13.4	Altersstatistik (BfS)	29
14	Leistungskennzahlen	30
14.1	Anzahl Fälle gesamt	30
14.2	Servicepopulation	30
14.3	Bettenauslastung	30
14.4	Spezialangebote	30
14.5	Weitere Leistungskennzahlen für stationäre Institutionen	31
14.6	Weitere Leistungskennzahlen für Tageskliniken	31
14.7	Diagnosen nach ihrer Häufigkeit bei Kindern	32
14.8	Diagnosen nach ihrer Häufigkeit bei Jugendlichen	32
14.9	Diagnosen nach ihrer Häufigkeit bei Erwachsenen	33
14.10	Diagnosen nach ihrer Häufigkeit in der Alterspsychiatrie	33
15	Strukturqualität	34
15.1	Q-Instrumente, Bemerkungen	34
16	Prozessqualität	36
16.1	Indikatoren	36
16.2	Angehörigenarbeit	36
17	Patientensicherheit	37
18	Ergebnisqualität	38
18.1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	38
18.2	Gesamtzufriedenheit	38
18.3	Andere Qualitätsmessungen	38
18.4	Kommentare	38
19	Qualitätsaktivitäten	39
19.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard	39
19.2	Übersicht / Zusammenfassung von laufenden Aktivitäten	39
19.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	40
20	Schlusswort und Ausblick	41
21	Ausgewählte Q-Projekte	42
22	Individuelle Anhänge	44

Qualitätsbericht 2008 - AKUT

2 Einleitung

Geschichte der Organisation

Die Gründung der Klinik geht auf eine Initiative der Aargauischen Kulturgesellschaft zurück. Am 18. Oktober 1894 regte der damalige Vorsitzende und Kantonsarzt, Dr. Siegrist, die Gründung einer Tuberkuloseheilstätte an. 1912 wurde dann das Lungensanatorium Barmelweid eröffnet und unter die Obhut des Aargauischen Heilstättevereins gestellt.

Nach dem Rückgang der Tuberkulose in den fünfziger und sechziger Jahren entwickelte sich die Klinik von der Heilstätte zur Spezialklinik für Pneumologie, Schlafmedizin, Psychosomatik, sowie kardiale, pulmonale und medizinische Rehabilitation. Im Jahr 2000 wurde die Klinik Barmelweid als erstes öffentliches Spital im Kanton Aargau in eine gemeinnützige Aktiengesellschaft umgewandelt. Der Heilstätteverein wurde in Verein Barmelweid umbenannt und ist weiterhin Träger der Klinik.

Organisationsstruktur

Die Klinik wird seit dem Jahr 2000 in der Rechtsform einer gemeinnützigen Aktiengesellschaft geführt. Der Verein Barmelweid hält 100% des Aktienkapitals der Klinik Barmelweid AG. Die Klinik Barmelweid ist Bestandteil des Aargauischen Gesundheitswesens und verfügt über entsprechende Leistungsaufträge.

Die Klinik Barmelweid liegt im Kanton Aargau und gehört politisch zur Gemeinde Erlinsbach AG. Die Klinik liegt auf einer Jura-Südfuss-Terrasse auf 800 Meter Höhe, mit Blick über das Mittelland und auf die Alpenkette. Die Lage ist sehr ruhig und naturnah und somit für eine Rehabilitationsklinik bestens geeignet.

Die Klinik verfügt über 130 Betten und behandelt Patienten in den folgende medizinischen Fachgebieten

- Pneumologie,
- Schlafmedizin
- Psychosomatik
- kardiale, pulmonale und medizinische Rehabilitation.

Gesamtzahl aller Mitarbeiter

Die Klinik Barmelweid verfügt über 211 Stellen, die auf etwa 310 Mitarbeitende aufgeteilt sind. Zusätzlich werden 47 Stellen für Auszubildende und 15 Stellen für geschützte Arbeitsplätze angeboten.

Entwicklung des Qualitätsmanagements

Professionelle und qualifizierte medizinische, pflegerische und therapeutische Leistung sowie hohe Sicherheit für Patienten und Mitarbeitende waren seit je wichtige Grundwerte der Klinik. Seit über zehn Jahren wird die Qualität in der Klinik mit einem Qualitätsausschuss strukturiert und systematisch gefördert und überwacht.

Die Vision der Klinik Barmelweid

„Wir sichern die Zukunft der Klinik Barmelweid, indem wir unsere Kernkompetenzen in den Bereichen Pneumologie, Schlafmedizin, Psychosomatik, sowie kardiale, pulmonale und medizinische Rehabilitation nachhaltig entwickeln. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf allen Ebenen gehört zu unseren Stärken. In unseren Disziplinen zählen wir zu den überregional besten Kliniken. Wir garantieren dies durch eine hohe Qualität der medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und gastronomischen Leistungen. Für die Kostenträger und Leistungseinkäufer sind wir ein wirtschaftlich zuverlässiger und kompetenter Partner.“

3 Q-Organisation des Spitals im Überblick

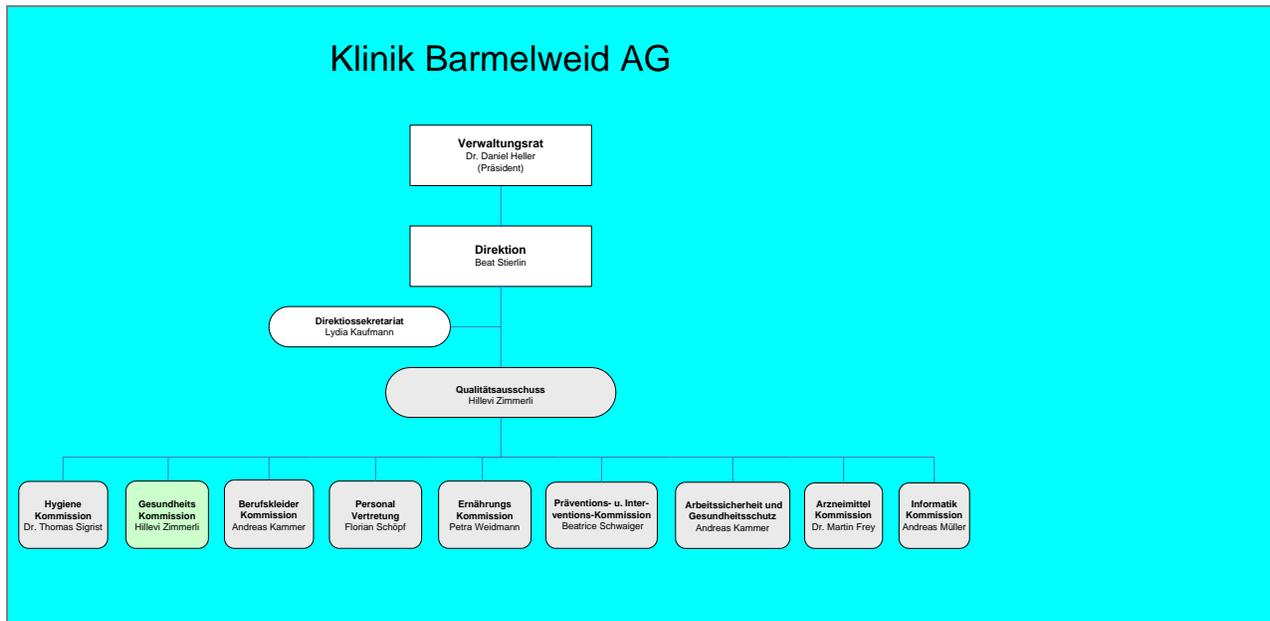
3.1 Kontaktangaben

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Hillevi Zimmerli	062 857 21 02	Hillevi.zimmerli@barmelweid.ch	Qualitätsverantwortliche (Zust. in der Geschäftsleitung)
Hillevi Zimmerli*	062 857 21 02	vorname.name@barmelweid.ch	Qualitätsbeauftragte
Andreas Müller	062 857 23 61	vorname.name@barmelweid.ch	Datenverantwortlicher
Dr.med. Martin Frey	062 857 20 00	vorname.name@barmelweid.ch	Weitere Mitglieder im Team
Dr.med. Christoph Schmidt	062 857 20 01	vorname.name@barmelweid.ch	
Dr.med. Esther Hindermann	062 857 20 02	vorname.name@barmelweid.ch	

3.2 Qualitätsverantwortliche / Q-Team

Titel, Vorname, NAME	Telefonnummer (Direktwahl)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet	Tätigkeits-% für Q-Bereich
Hillevi Zimmerli*	062 857 21 02	vorname.name@barmelweid.ch	Qualitätsbeauftragte	20 %
Andreas Müller	062 857 23 61	vorname.name@barmelweid.ch	Datenverantwortlicher	5 %
Beat Stierlin	062 857 20 09	vorname.name@barmelweid.ch	Teammitglied	5 %
Andreas Kammer	062 857 24 16	vorname.name@barmelweid.ch	Teammitglied	5 %
Dr.med. Martin Frey	062 857 20 00	vorname.name@barmelweid.ch	Teammitglied	5 %
Dr.med. Christoph Schmidt	062 857 20 01	vorname.name@barmelweid.ch	Teammitglied	5 %
Dr.med. Esther Hindermann	062 857 20 02	vorname.name@barmelweid.ch	Teammitglied	5 %

3.3 Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital



4 Kennzahlen

4.1 Versorgungsstufe

Versorgungsstufe gemäss Bundesamt für Statistik BfS		
	Versorgungsniveau 1 (K111): Zentrumsversorgung	5 Unispitäler
	Versorgungsniveau 2 (K112): Zentrumsversorgung	Betriebe mit 9000 - 30000 stationären Fällen
	Versorgungsniveau 3 (K121): Grundversorgung	Betriebe mit 6000 - 9000 stationären Fällen
	Versorgungsniveau 4 (K122): Grundversorgung	Betriebe mit 3000 - 6000 stationären Fällen
	Versorgungsniveau 5 (K123): Grundversorgung	Betriebe mit 0 - 3000 stationären Fällen
	Spezialklinik: Chirurgie (K231)	
	Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie (K232)	
	Spezialklinik: Pädiatrie (K233)	
	Spezialklinik: Geriatrie (K234)	
X	Spezialklinik: Diverse Spezialkliniken (K235)	

4.2 Personalressourcen

Datenquelle			
	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	X	Eigene Erhebung

Personalgruppen	Anzahl Vollzeit-Äquivalente	Bemerkungen und Details (Kader, Assistenten, Belegsärzte etc.)
Ärzte	9.25	Chefarzt, Oberarzt, Assistenzärzte
Pflege	26.72	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	17.26	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie (nicht medizinisch)	24.3	
Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildungsstellen)	14.5	
Kommentar zu den Personalressourcen		
Nur im Akutbereich eingesetzte Mitarbeitende aufgeführt (Übergang Akut/Rehabilitation personell fliegend)		

4.3 Fallzahlen

Datenquelle			
	Zahlen des Bundesamtes für Statistik		Eigene Erhebung

Fachgebiet (Klinik oder Disziplin)	Anzahl stationäre Fälle			Anzahl teilstationäre und ambulante Fälle			Bemerkungen
	Alter	0-17	18-65	66 -	0-17	18-65	
Schlafmedizin		1	248	119	4	812	194
Pneumologie		3	283	549	27	455	292

Gesamt	4	531	668	31	1267	486	
Kommentar zu den Fallzahlen							

4.4 Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle			
	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	X	Eigene Erhebung
Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen	
Pflegetage	17234	Davon 1590 Schlafmedizin	
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	18.7 Tage	4.3 Tage Schlafmedizin	
Geburten (stationär und ambulant)			
Operationen stationär			
Operationen ambulant und teilstationär			
Kommentar zu den weiteren Leistungszahlen			

4.5 Top Ten-Diagnose stationär

Datenquelle				
	Zahlen des Bundesamtes für Statistik			Eigene Erhebung
Rang	Anzahl Fälle	Anteil an stationären Fällen [%]	ICD-Code	Beschreibung: ICD ausgeschrieben
1	374	37.3	G47.3	Schlafapnoe
2	302	36.1	J44.9	COPD
3	71	7	J15.9	Pneumonie
4	63	6	C34.9	Bösartige Neubildung Lunge/Bronchus
5	44	4	J45.0	Asthma bronchiale
6	38	4	J93.9	Pneumothorax, Pleuraerkrankung
7	25	2	J84.9	Intestitielle Pneumopathie
8	20	2	J26.9	Lungenembolie
9	15	1	A16.9	TBC
10	1	0	E84.9	CF
Kommentar zu den Top Ten-Diagnosen stationär				

4.6 Top Ten- Eingriffe

Datenquelle				
	Zahlen des Bundesamtes für Statistik			Eigene Erhebung
Rang	Anzahl Eingriffe	Anteil an stationären Fällen [%]	CHOP-Code	Beschreibung: CHOP ausgeschrieben
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
Kommentar zu den Top Ten-Eingriffen				

4.7 Altersstatistik

Datenquelle				
	Zahlen des Bundesamtes für Statistik		X	Eigene Erhebung
Kategorie	Alter	Anzahl männliche Patienten ♂	Anzahl weibliche Patientinnen ♀	
1	0 bis 1			
2	2 bis 4			
3	5 bis 9			
4	10 bis 14			
5	15 bis 19	2	2	
6	20 bis 24	2	3	
7	25 bis 29	6	4	
8	30 bis 34	15	6	
9	35 bis 39	20	3	
10	40 bis 44	34	8	
11	45 bis 49	44	11	
12	50 bis 54	60	28	
13	55 bis 59	85	37	
14	60 bis 64	106	59	
15	65 bis 69	103	75	
16	70 bis 74	95	72	
17	75 bis 79	87	70	
18	80 bis 84	68	52	

19	85 bis 89	18	19
20	90 bis 94	5	4
21	95 und älter		
Gesamt		750	453

4.8 Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

Datenquelle			
	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	X	Eigene Erhebung

Case-Mix-Index des Spitals (CMI)	
Definition des Case-Mix-Index	
Notfallstation	mit Aufnahmepflicht gemäss Spitalliste ohne Aufnahmepflicht (nicht auf Spitalliste)

Kennzahl	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Notfälle stationär	18	
Notfälle ambulant und teilstationär		
Fälle Intensivpflegestation , SGI-anerkannt		
Fälle Kinder-Intensivpflegestation , SGI-anerkannt		
Verlegungen in ein anderes Spital		
Austritte nach Hause	1199	
Andere Austritte (Heim / Reha-Klinik)	14	Todesfälle
Kommentar zu den Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives		

4.9 Mortalitätszahlen

4.9.1 Spitaleigene Mortalitätserhebung

Datenquelle			
X	Zahlen des Bundesamtes für Statistik		Eigene Erhebung

Resultate
14 Fälle
Kommentar

4.9.2 Mortalitätszahlen BAG / Helios

Kommentar zu den Mortalitätszahlen BAG / Helios

4.9.3 Umgang mit Todesfällen im Spital

	Nein, das Spital besitzt kein Begleitangebot zum Sterbeprozess
X	Ja, das Spital besitzt ein Begleitangebot zum Sterbeprozess
	Beschreibung des Begleitangebotes (z. Bsp. Verfügungen, Seelsorge, Palliative Station, Angehörigenbetreuung etc.)
	Seelsorge, Angehörigenbetreuung, Sitzwachen

5 Zufriedenheitsmessungen

5.1 Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen

Name des Anbieters	Entwick-lung	Name Mess-instrument / -programm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodi-zität	Bemerkungen
Verein Outcome	intern validiert	PEQ Kurzfragebogen				Wird ab 2010 mit PEQ gemessen!

5.1.1 Gesamtzufriedenheitsmessung

	Wert [%]	Bemerkungen

5.1.2 Detaillierter Ausweis

			Andere: welche?	
Ärzte				
Pflege				
Organisation & System				

5.2 Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme

Name des Anbieters	Entwick-lung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodi-zität	Bemerkungen
MeCon	intern X validiert	Patientenzufriedenheitsbefragung			laufend	Ein Jahr → Januar bis Dezember

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen und Detaillierung (nach Kliniken / Abteilungen)
Ärzte	96%	Gesamtklinik
Pflege	97%	Gesamtklinik
Organisation	93%	Gesamtklinik
Hotellerie	96%	Gesamtklinik
Öffentliche Infrastruktur	96%	Gesamtklinik
Kommentar		
Jährliche Patientenzufriedenheitsmessung in der Klinik (alle Patientinnen und Patienten) seit 2001		

5.3 Mitarbeiterzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwick-lung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodi-zität	Bemerkungen
MeCon	intern X validiert	Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung		Juni 2008	2-jährlich	

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte	100	Gesamtklinik
Pflege	90	Gesamtklinik
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	87.8	Gesamtklinik
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	71.55	Gesamtklinik
Gesamtinstitution	87.36	Gesamtklinik
Kommentar		
Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung 2 jährlich seit 2004		

5.4 Zuweiserzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwick-lung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodi-zität	Bemerkungen
Verein Outcome	intern X validiert	Outcome Austritt		Herbst 2008	4 Monate	

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte		Die Zufriedenheit der Hausärzte wurde mit der Outcome Austritt – Befragung im Jahr 2008 erfasst
Pflege		
Andere medizinische oder therapeutische Berufe		
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie		
Gesamtinstitution		
Kommentar		
Befragung der Zufriedenheit der Hausärzte → Antworten „ja, völlig“ <ul style="list-style-type: none"> - Information der nachbetreuenden Einrichtung: rechtzeitig → 71.4% - Information der nachbetreuenden Einrichtung: vollständig → 72.7% - Information der nachbetreuenden Einrichtung: korrekt → 78% 		

- **Information** der nachbetreuenden Einrichtung: **plausible und realistische Vorschläge** → **78.3%**
- Information der nachbetreuenden Einrichtung: **Kontaktaufnahme vor Austritt** stattgefunden → **46.7%**
- Richtigkeit der Entscheidung über den Austrittsort: Perspektive Nachsorger → **86.7%**
- Art und Weise des Austritts und Übertritts: Perspektive Nachsorger → **67.4%**

6 Qualitätsindikatoren

6.1 Rehospitalisation (Wiedereintritte)

6.1.1 Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape

Anzahl Austritte	Anzahl Wiedereintritte innert 30 Tagen	Rehospitalisationsrate: Werte [%]	Auswertungsinstanz	Bemerkungen

6.1.2 Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation

	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation
	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation:

Name des Anbieters	Entwick-lung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Mess-periodi-zität	Bemerkungen
	intern validiert				

Resultate
Kommentar

6.2 Infektionen

6.2.1 Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ

	Nein, das Spital beteiligt sich nicht am Messprogramm von SwissNOSO
	Ja, das Spital beteiligt sich am Messprogrammen mit unten aufgeführten Messthemen (3 aus 8)

Messthemen	Messwerte	Bemerkungen
Gallenblase		
Blinddarmentfernung		
Hernieoperation		
Operation am Dickdarm		
Kaiserschnitt		
Herzchirurgie		
Hüftgelenksprothesen		
Kniegelenksprothesen		

6.2.2 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Infektionen
	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Infektionen:

Name des Anbieters	Entwick-lung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Mess-periodi-zität	Bemerkungen
	intern validiert				

Resultate
Kommentar

6.2.3 Präventionsmassnahmen

	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch
	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und -instrumente:

6.3 Komplikationen

6.3.1 Beteiligung an Messprogrammen

	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Komplikationen
	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Komplikationen
	Begriffsdefinition „Komplikation“

Name des Anbieters	Entwick-lung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Mess-periodi-zität	Bemerkungen
	intern x validiert	Verein Komplikationenliste in Zusammenarbeit mit der Chefärztevereinigung Innere Medizin (SGIM) Erfassung von medizinischen Komplikationen – Benchmark mit internistischen Kliniken		jährlich	

Resultate
halbjährlich

Kommentar

6.3.2 Präventionsmassnahmen

	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch
	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und –instrumente:

6.4 Pflegeindikator „Stürze“

6.4.1 Beteiligung an Messprogrammen

	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze
X	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Stürze
	Begriffsdefinition „Sturz“ Outcomemessung Sturz folgt im Herbst 2009

Name des Anbieters	Entwick-lung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Mess-periodi-zität	Bemerkungen
	intern validiert				

Resultate
Kommentar

6.4.2 Präventionsmassnahmen

	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch
	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen

6.5 Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)

6.5.1 Beteiligung an anderen Messprogrammen

	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Dekubitus
	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Dekubitus:

Name des Anbieters	Entwick-lung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Mess-periodi-zität	Bemerkungen
Verein Outcome	intern X validiert	Dekubitusmessung		04/2008-08/2008	

Resultate
Anteil Patienten, bei denen während der Hospitalisation ein oder mehrere Dekubitus (Stadium 1 oder höher) entstanden sind: 0.6%
Anteil Patienten, bei denen während der Hospitalisation ein oder mehrere Dekubitus (Stadium 2 oder höher) entstanden sind: 0.4%
Kommentar

6.5.2 Präventionsmassnahmen

	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	<p>Gemäss Standard Dekubitusprophylaxe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beim Eintritt des Patienten erfolgt eine Bestandesaufnahme der ATL „sich bewegen“. • Das Dekubitusrisiko wird an Hand der Norton–Skala eruiert • Die geeigneten druckreduzierenden Hilfsmittel werden angewählt (siehe Matratzenschema beim Norton-Skala). • Sofortige Druckentlastung, jede mögliche Eigenbewegung des Betroffenen wird gefördert. • Bei Bedarf wird ein individueller Umlagerungsplan angewendet. • Einleiten auf Grund der identifizierten Risikofaktoren, weitere nötige intra - und interdisziplinäre Interventionen (z.B. Ernährung, Hautpflege, Arzt usw.). • Information des Patienten, bei Bedarf seiner Angehörigen und aller an seiner Behandlung Beteiligten über die Notwendigkeit der kontinuierlichen Fortführung der Interventionen.

6.6 Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren

Name des Anbieters	Entwick-lung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Mess-periodi-zität	Bemerkungen
	intern validiert				

Resultate

Kommentar

7 Qualitätsaktivitäten

7.1 Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs-j ahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Gesamtklinik	EFQM European Foundation for Quality management	2005	2008	„Anerkennung für Excellence“
Gesamtklinik	HPH Health Promoting Hospitals	2005	2009	

7.2 Übersicht von laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
Gesamtklinik	CIRS	Lernen aus kritischen und fast kritischen Zwischenfällen	In Betrieb seit 2003
Gesamtklinik	Sturzerfassung	Massnahmen einleiten für Sturzverhinderung	In Betrieb seit 2002
Gesamtklinik	Fit for Health	Anbieten und Fördern von sportlichen Aktivitäten bei Mitarbeitenden, Gesundheitsförderung	In Betrieb seit 2005
Gesamtklinik	PIK (Präventions,- und Interventionskommission)	Absenzenmanagement Ombudsstelle für Mitarbeitende	In Betrieb seit 2005
Gesamtklinik	Essenslieferung an Patienten in Induktionswagen	Immer richtig temperiertes Essen servieren	In Betrieb seit 2008
Gesamtklinik	Neues Menukonzept	Abwechslungsreiche, 4-Saison Küche	In Testphase
Gesamtklinik	Verein Komplikationenliste in Zusammenarbeit mit der Chefärztereinigung Innere Medizin (SGIM)	Erfassung von medizinischen Komplikationen – Benchmark mit internistischen Kliniken	In Betrieb seit 2002
Kommentare			

7.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Gesamtklinik	HPH-Label	Rezertifizierung HPH-Label	Januar – April 2009
Gesamtklinik	Patientensicherheit	Konzept Patientensicherheit erstellen	Mai – Dezember 2009
Gesamtklinik	Beschwerdemanagement	Konzept Beschwerdemanagement Patienten erstellen	Juli – Dezember 2009
Gesamtklinik	Outcome Messung	Outcome Messung Patientenstürze	August – Dezember 2009
Gesamtklinik	Informationsfilm	Informationsfilm der Klinik aktualisieren	Juni – August 2009
Kommentare			

→ Eine Auswahl von zwei vollständig dokumentierten Qualitätsprojekten ist im Anhang beschrieben.

8 Schlusswort und Ausblick

Ein interdisziplinär zusammengesetzter Qualitätsausschuss ist für die Umsetzung des Qualitätsmanagements in der Klinik verantwortlich. Der Qualitätsausschuss hat sich zum Jahresziel 2008 die Erreichung der zweiten Stufe im Qualitätsmodell EFQM „Anerkennung für Excellence“ gesetzt. Das Modell für Excellence der European Foundation for Quality Management (EFQM) ist ein Werkzeug, welches den Betrieben erlaubt, ihr Managementsystem zu durchleuchten, Stärken und Schwächen zu entdecken und abschliessend das ganze System zu verbessern.

Nachdem die Klinik Barmelweid im 2005 die erste Stufe „Verpflichtung zu Excellence“ erreicht hat, wurde im Jahr 2008 intensiv an der zweiten Stufe gearbeitet. In allen Bereichen wurden Kernprozesse analysiert, angepasst und schriftliche Dokumentationen aktualisiert. Verbesserungspotenziale der Schnittstellen des interdisziplinären Patientenprozesses wurden bereinigt und verschiedene auch EDV-technische Anpassungen konnten realisiert werden. Die Ergebniskontrollen in den patientenbezogenen Leistungen sind zunehmend ein Thema. Neben den laufenden internen Kontrollen des Patientenprozesses und der laufenden Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten mit MECON, wurden im 2008 drei Outcome-Messungen vom Verein Outcome in Zürich durchgeführt. Die Messungen betreffen den elektiven Eintritt, den Dekubitus und den Austritt des Patienten. Die jeweils drei Monate dauernden Erfassungen waren sehr umfangreich und zeitaufwändig. Das Benchmarking mit den anderen Spitälern gab uns viele positive Feedbacks, aber auch Potenziale für weitere Verbesserungen der Betriebsabläufe. Die Anstrengungen aller beteiligten Mitarbeitenden erlaubten schliesslich die Zusammenstellung der Bewerbungsunterlagen im Herbst 2008 zuhanden von SAQ (Swiss Association for Quality).

Im Dezember 2008 wurde die EFQM-Bewerbung der Klinik während eines zweitägigen Audits durch zwei Assessoren der SAQ, Herr Heinz Hunn und Frau Luzia Kopp, überprüft. 25 Mitarbeitende und Führungspersonen wurden von den Assessoren zu 32 Teilkriterien der 9 Bereiche des Modells interviewt. Nach der umfassenden schriftlichen Bewerbung und den intensiven Stunden des Hearings durfte die Klinik Barmelweid als erstes Aargauer Unternehmen die Auszeichnung «Anerkennung für Excellence» entgegennehmen. Im Schlussbericht anerkennen die Assessoren die Klinik Barmelweid besonders für deren hohe Kundenzufriedenheit und die regelmässige Verbesserung der Arbeitsprozesse. Das nächste Ziel der Klinik soll der Erwerb der dritten Stufe sein: EFQM Excellence Award.

9 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung der **zwei wichtigsten, abgeschlossenen** Qualitätsprojekte

Projekttitlel	Prüfung des Kosten – Nutzenverhältnis bei der Vergabe von Reinigungsdienstleistungen	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Ziel ist die Erstellung einer Entscheidungsgrundlage zur Optimierung der Reinigungsdienstleistungen innerhalb der Klinik. Die Anteile von Fremd- und Eigenleistungen sind unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausgewertet und damit die Voraussetzungen für die Entwicklung eines zeitgemässen und bedarfsorientierten Reinigungssystems geschaffen.	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Die Reinigung des Klinikneubaues wird sowohl über eigene Mitarbeiter wie auch über Leistungen eines externen Unternehmens erbracht. Das Projekt soll prüfen, ob der Umfang der Fremdreinigung ein optimales Kosten-Nutzen Verhältnis für die Klinik darstellt.	
Projektablauf / Methodik	<p>Die Projektierung erfolgte nach dem Problemlösungszyklus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ist Stand / Ist Analyse <ol style="list-style-type: none"> a. Informationen zur Entstehung b. Potenziale / Gefahren des Systems 2. Optionen <ol style="list-style-type: none"> a. Strategie 1 (Fremdvergabe) b. Strategie 2 (Eigenreinigung) c. Strategie 3 (Profitcenter) 3. Sollzustand <ol style="list-style-type: none"> a. Aufgaben b. Struktur c. Kultur 4. Umsetzung <ol style="list-style-type: none"> a. Variante 1 (Staffelung) b. Variante 2 (Stichtag) c. Empfehlung <p>Die Projektierung hat ergeben, dass in Anbetracht der Ausgangslage und der Zielsetzung eine Eigenreinigung anzustreben ist. Nach Rücksprache mit dem jetzigen Fremdreinigung hat sich bei der Umsetzung der Stichtag als geeignet herauskristallisiert. Es ist dies der 1. September 2008.</p>	
Projektergebnisse	Die sich zum Ziel gesetzte Entscheidungsgrundlage konnte ausgearbeitet werden. Somit gibt es keine Abweichung zwischen Projektziel und Abweichung.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Klinikgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Fachbereiche. In welchen Fachbereichen?	
Involvierte Berufsgruppen	Infrastrukturelles FM, Fremdreiniger	
Projektevaluation / Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellen eines Übergangvertrages mit dem Fremdreiniger • Neuorganisation der Reinigung in Anbetracht der gesamten Eigenreinigung • Rekrutierung der notwendigen Mitarbeitenden • Übernahme der Fremdreinigung 	
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitel	Neuorganisation Medizinische Diagnostik - Röntgen	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	<p>Im diagnostischen Bereich (med. Diagnostik, Röntgen, Lungenfunktion) sind Arbeitsabläufe nur teilweise kundenorientiert organisiert. Der Patient muss einen Orientierungslauf durch die verschiedenen Räumlichkeiten absolvieren statt an einem „one Stop shop“ bedient zu werden. Gleichzeitig ist eine personelle Flexibilität nicht gegeben.</p> <p>- Personalreduktion in der Röntgenabteilung auf 70%</p>	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	<p>Die beiden Abteilungen medizinische Diagnostik und Röntgen fusionieren zu einer neuen Abteilung mit dem Namen „Diagnostik“. Das Personal wird zusammengefasst unter einer Führung (bisherige Leitung med. Diagnostik). Die Gesamtführung erfolgt administrativ durch PDL und fachlich durch Bereichsleitung Kardiologie.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Optimierung des Patientenprozesses 2. Optimierung der Arbeitsabläufe 3. Flexibilisierung des Personaleinsatzes 4. Neuorganisation der Räumlichkeiten <input type="checkbox"/> Raumkonzept 5. Aufgabenverteilung anpassen (z.B. Rtg-Aufnahmen, Belastungs-EKG) 	
Projektablauf / Methodik	Arbeitsgruppe	
Projektergebnisse	<p>Die beiden Abteilungen medizinische Diagnostik und Röntgen sind zusammengeschlossen.</p> <p>Die Mitarbeitenden der beiden Stationen arbeiten seit dem Januar 2007 zusammen, sie sind unter einer Führung zusammengeschlossen und haben ab dem 1.1.2008 eine gemeinsame Kostenstelle. Die Einsätze werden flexibel geplant, die Einsatzzeiten des Röntgens sind dem tatsächlichen Bedarf angepasst.</p> <p>Der Patientenprozess ist optimiert, die Untersuchungszeiten werden im Voraus koordiniert,</p> <p>Die Patiententransporte werden durch einem Transportdienst gewährleistet. Die Effizienz der Organisation und die Pünktlichkeit der Untersuchungen ist gestiegen.</p> <p>Die notwendigen baulichen Massnahmen sind geplant und die Realisation ist im Januar/Februar 2008 vorgesehen.</p>	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input type="checkbox"/> Ganze Klinikgruppe resp. im gesamten Betrieb <input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Medizinische Diagnostik <input type="checkbox"/> einzelne Fachbereiche. In welchen Fachbereichen?	
Involvierte Berufsgruppen	Arbeitsgruppe, bestehend von allen Mitarbeitenden der beiden betroffenen Abteilungen (Pflegefachpersonen, Röntgenmitarbeiterinnen, Ärzte)	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die angestrebten Projektziele konnten sehr gut erreicht werden.	
Weiterführende Unterlagen		

11 Inhaltsverzeichnis PSYCHOSOMATIK

11	Inhaltsverzeichnis	25
12	Einleitung	26
13	Betriebsangaben	27
13.1	Angebotsumfang	27
13.2	Kontaktangaben	27
13.3	Personalressourcen pro Berufsgruppe	28
13.4	Altersstatistik (BfS)	29
14	Leistungskennzahlen	30
14.1	Anzahl Fälle gesamt	30
14.2	Servicepopulation	30
14.3	Bettenauslastung	30
14.4	Spezialangebote	30
14.5	Weitere Leistungskennzahlen für stationäre Institutionen	31
14.6	Weitere Leistungskennzahlen für Tageskliniken	31
14.7	Diagnosen nach ihrer Häufigkeit bei Kindern	32
14.8	Diagnosen nach ihrer Häufigkeit bei Jugendlichen	32
14.9	Diagnosen nach ihrer Häufigkeit bei Erwachsenen	33
14.10	Diagnosen nach ihrer Häufigkeit in der Alterspsychiatrie	33
15	Strukturqualität	34
15.1	Q-Instrumente, Bemerkungen	34
16	Prozessqualität	36
16.1	Indikatoren	36
16.2	Angehörigenarbeit	36
17	Patientensicherheit	37
18	Ergebnisqualität	38
18.1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	38
18.2	Gesamtzufriedenheit	38
18.3	Andere Qualitätsmessungen	38
18.4	Kommentare	38
19	Qualitätsaktivitäten	39
19.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard	39
19.2	Übersicht / Zusammenfassung von laufenden Aktivitäten	39
19.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	40
20	Schlusswort und Ausblick	41
21	Ausgewählte Q-Projekte	42
22	Individuelle Anhänge	44

Qualitätsbericht 2008 - PSYCHOSOMATIK

12 Einleitung

Geschichte der Organisation

Die Gründung der Klinik geht auf eine Initiative der Aargauischen Kulturgesellschaft zurück. Am 18. Oktober 1894 regte der damalige Vorsitzende und Kantonsarzt, Dr. Siegrist, die Gründung einer Tuberkuloseheilstätte an. 1912 wurde dann das Lungensanatorium Barmelweid eröffnet und unter die Obhut des Aargauischen Heilstättevereins gestellt.

Nach dem Rückgang der Tuberkulose in den fünfziger und sechziger Jahren entwickelte sich die Klinik von der Heilstätte zur Spezialklinik für Pneumologie, Schlafmedizin, Psychosomatik, sowie kardiale, pulmonale und medizinische Rehabilitation. Im Jahr 2000 wurde die Klinik Barmelweid als erstes öffentliches Spital im Kanton Aargau in eine gemeinnützige Aktiengesellschaft umgewandelt. Der Heilstätteverein wurde in Verein Barmelweid umbenannt und ist weiterhin Träger der Klinik.

Organisationsstruktur

Die Klinik wird seit dem Jahr 2000 in der Rechtsform einer gemeinnützigen Aktiengesellschaft geführt. Der Verein Barmelweid hält 100% des Aktienkapitals der Klinik Barmelweid AG. Die Klinik Barmelweid ist Bestandteil des Aargauischen Gesundheitswesens und verfügt über entsprechende Leistungsaufträge.

Die Klinik Barmelweid liegt im Kanton Aargau und gehört politisch zur Gemeinde Erlinsbach AG. Die Klinik liegt auf einer Jura-Südfuss-Terrasse auf 800 Meter Höhe, mit Blick über das Mittelland und auf die Alpenkette. Die Lage ist sehr ruhig und naturnah und somit für eine Rehabilitationsklinik bestens geeignet.

Die Klinik verfügt über 130 Betten und behandelt Patienten in den folgenden medizinischen Fachgebieten

- Pneumologie,
- Schlafmedizin
- Psychosomatik
- kardiale, pulmonale und medizinische Rehabilitation.

Gesamtzahl aller Mitarbeiter

Die Klinik Barmelweid verfügt über 211 Stellen, die auf etwa 310 Mitarbeitende aufgeteilt sind. Zusätzlich werden 47 Stellen für Auszubildende und 15 Stellen für geschützte Arbeitsplätze angeboten.

Entwicklung des Qualitätsmanagements

Professionelle und qualifizierte medizinische, pflegerische und therapeutische Leistung sowie hohe Sicherheit für Patienten und Mitarbeitende waren seit je wichtige Grundwerte der Klinik. Seit über zehn Jahren wird die Qualität in der Klinik mit einem Qualitätsausschuss strukturiert und systematisch gefördert und überwacht.

Die Vision der Klinik Barmelweid

„Wir sichern die Zukunft der Klinik Barmelweid, indem wir unsere Kernkompetenzen in den Bereichen Pneumologie, Schlafmedizin, Psychosomatik, sowie kardiale, pulmonale und medizinische Rehabilitation nachhaltig entwickeln. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf allen Ebenen gehört zu unseren Stärken. In unseren Disziplinen zählen wir zu den überregional besten Kliniken. Wir garantieren dies durch eine hohe Qualität der medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und gastronomischen Leistungen. Für die Kostenträger und Leistungseinkäufer sind wir ein wirtschaftlich zuverlässiger und kompetenter Partner.“

Teil A: Betriebsangaben

13 Betriebsangaben

13.1 Angebotsumfang

Die Institution bietet folgende Angebote an:			
	Angebot	Bettenzahl	Bemerkungen
	Ambulant	---	
	Aufsuchende Psychiatrie	---	
	Konsiliar- und Liaisondienst	---	
	Tagesklinik	---	
X	Stationär: A + B (akut und reha)	41	Stat. Psychotherapie/Psychosomatik
	Stationär: C (chronisch)		

Die Institution führt folgende Bereiche			
X	Kinder- und Jugendpsychiatrie → ab 17 Jahren		
X	Erwachsenenpsychiatrie: 19 – 65 Jahre		
X	Erwachsenenpsychiatrie: Alterspsychiatrie (ab 66 Jahren)		
	Suchtbehandlung		
	Forensik		
X	andere	Welche? →	Stat. Psychotherapie/Psychosomatik

Der Betrieb hat volle Aufnahmespflicht		Bemerkungen
	ja	
X	nein	

13.2 Kontaktangaben

Q-Berichts-Team	Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail
Qualitätsverantwortliche (Zust. in der Geschäftsleitung)	Hillevi Zimmerli	062 857 21 02	Hillevi.zimmerli@barmelweid.ch
Qualitätsbeauftragte	Hillevi Zimmerli*	062 857 21 02	Hillevi.zimmerli@barmelweid.ch
Bemerkungen			

13.3 Personalressourcen pro Berufsgruppe

Stellen insgesamt...	Aufgliederung	Stellenetat	Bemerkungen
... am Patienten (inkl. Pflege, medizinischer Support etc.): Stellen der Behandlung	total		
... bei Administration / zentralen Diensten & Betrieben	total		
	Sek II		
	Tertiärstufe		

Ärzte (medizinisch und administrativ tätig)	Anzahl Stellen total	Anzahl Ärzte mit Facharzttitle FMH	Anzahl Stellen Ambulanz	Anzahl Stellen Tagesklinik	Anzahl Stellen Konsiliar- und Liaisondienst	Anzahl Stellen stationär
Absolute Zahlen	6.9	6	0.5	0.1	0.1	6.2

Psychologen	Anzahl Stellen total	Anzahl Psychologen mit Fachtitle FSP	Anzahl Stellen Ambulanz	Anzahl Stellen Tagesklinik	Anzahl Stellen Konsiliar- und Liaisondienst	Anzahl Stellen stationär
Absolute Zahlen	6.8	3		1.2	0.1	4.5

Pflegestellen: Absolute Zahlen	Anzahl Stellen total	Anzahl Stellen in der Ambulanz	Anzahl Stellen in der Tagesklinik	Anzahl Stellen stationär
Dipl. Pflegefachperson HF	15		0.5	14.5
Dipl. Pflegefachperson FH				
Fachangestellte Gesundheit				
Pflegepersonal ohne Diplom				

Sozialarbeiter	Anzahl Stellen total	Anzahl Stellen in der Ambulanz	Anzahl Stellen in der Tagesklinik	Anzahl Stellen stationär
Absolute Zahlen	3.1	0.1	0.75	2.25

Sozialpädagogen	Anzahl Stellen total	Anzahl Stellen in der Ambulanz	Anzahl Stellen in der Tagesklinik	Anzahl Stellen stationär
Absolute Zahlen				

Andere therapeutische Stellen: Welche Berufe (z. Bsp. Physio, Ergo, Logo, Psychomotorik etc.)? →	5 Ergotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Physio- und Bewegungstherapie, Psychotherapie, Ernährungsberatung
--	--

	Anzahl Stellen total	Anzahl Stellen in der Ambulanz	Anzahl Stellen in der Tagesklinik	Anzahl Stellen stationär
Absolute Zahlen	7.2		0.4	6.8

13.4 Altersstatistik (BfS)

Kategorie	Alter	Anzahl Patienten männlich ♂	Anzahl Patientinnen weiblich ♀
1: Kinder	0 bis vollendetes 13. Lebensjahr		
2: Jugendliche	14 bis vollendetes 18. Lebensjahr	2	6
3: Erwachsene	19 bis vollendetes 65. Lebensjahr	97	200
4: Erwachsene : Alterspsychiatrie	ab 66	8	29
Gesamt		107	235

Teil B: Leistungen

14 Leistungskennzahlen

14.1 Anzahl Fälle gesamt

Total Fälle ambulant	847
Total Fälle Tagesklinik	23
Total Fälle stationär	345
Total Fälle Konsiliar- und Liaisondienst	122

14.2 Servicepopulation

Unter Servicepopulation wird die Anzahl Einwohner im Einzugsgebiet der Institution verstanden (Bevölkerung in der Region oder im Kanton). Vor allem für Institutionen mit einem Grundversorgungsauftrag relevant.

Bereich	Grösse der Servicepopulation	Bemerkungen
Kinder- und Jugendpsychiatrie		
Erwachsenenpsychiatrie ab 18 J.		

14.3 Bettenauslastung

Abteilung	Anzahl Betten insgesamt	Auslastung (in %) im Berichtsjahr (2008)	Auslastung (in %) im Vorjahr (2007)
Akutpsychiatrie	41	96.3	98.2
Geschlossene Abteilung			

14.4 Spezialangebote

Weitere Leistungsangebote	Nennung / Aufzählung
	Psychosomatik
	Stationäre Psychotherapie
	Adipositasprechstunde

	Zentrum für Begutachtung
	Tagesklinik
	Konsiliardienst Psychosomatik/Psychiatrie

14.5 Weitere Leistungskennzahlen für stationäre Institutionen

Kennzahl	Aufgliederung / Bezugsgrösse	Kennzahl Kinder- & Jugendpsychiatrie	Kennzahl Erwachsenenpsychiatrie ab 18 J.	Kennzahl für Alterspsychiatrie (ab 65 J.)
Anzahl Eintritte in Bezug auf Servicepopulation	Anzahl Eintritte ----- 10'000 Einwohner			
Anzahl Pflegetage pro Servicepopulation	Anzahl Pflegetage ----- 10'000 Einwohner			
	Anzahl Pflegetage ----- Summe aller Austritte (Endbestand)			
	Anzahl Pflegetage	---		
	Anzahl Pflegetage ----- Summe aller Austritte (Endbestand)			
	Anzahl Pflegetage	---		
	Anzahl Pflegetage ----- Summe aller Austritte (Endbestand)			
	Anzahl Pflegetage	---		
Bemerkungen	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 41.5 Anzahl Pflegetage pro Jahr 2008: 14457 Rehabilitation und Akut können nicht aufgeteilt werden Der Einzugsgebiet ist Nord-West-Schweiz – kann durch die Einwohnerzahl nicht definiert werden			

14.6 Weitere Leistungskennzahlen für Tageskliniken

Kennzahl	Aufgliederung / Bezugsgrösse	Kennzahl Kinder- & Jugendpsychiatrie	Kennzahl Erwachsenenpsychiatrie ab 18 J.	Kennzahl für Alterspsychiatrie (ab 65 J.)
Angebot für Servicepopulation	Anzahl geschätzte Plätze ----- 10'000 Einwohner			
Anzahl Eintritte in Bezug auf Servicepopulation	Anzahl Eintritte -----			

	10'000 Einwohner			
Anzahl Behandlungen	Anzahl fakturierte Pauschalen			
	Anzahl Personen Tagesklinik			
	Anzahl fakturierte Pauschalen			
	Kommentar			
Allgemeine Bemerkungen				

14.7 Diagnosen nach ihrer Häufigkeit bei Kindern

Datenquelle	
Zahlen des Bundesamtes für Statistik	Eigene Erhebung

Rang	Anzahl Diagnosen	Anzahl Dia. männlich ♂	Anzahl Dia. weiblich ♀	ICD	ICD ausgeschrieben
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

14.8 Diagnosen nach ihrer Häufigkeit bei Jugendlichen

Datenquelle	
Zahlen des Bundesamtes für Statistik	X Eigene Erhebung

Rang	Anzahl Diagnosen	Anzahl Dia. männlich ♂	Anzahl Dia. weiblich ♀	ICD	ICD ausgeschrieben
1	2	1	1	F33	Rez. Depressive Störungen
2	2	1	1	F40	Angststörungen
3	1		1	F45	Somatoforme Störungen
4	2		2	F50	Essstörungen
5	1		1	F60	Persönlichkeitsstörungen
6					
7					
8					
9					

10					
----	--	--	--	--	--

14.9 Diagnosen nach ihrer Häufigkeit bei Erwachsenen

Datenquelle			
	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	X	Eigene Erhebung

Rang	Anzahl Diagnosen	Anzahl Dia. männlich ♂	Anzahl Dia. weiblich ♀	ICD	ICD ausgeschrieben
1	10	4	6	F10 - 19	Abhängigkeit etc.
2	36	13	23	F32	Depressive Störungen
3	69	12	57	F33	Rez. Depressive Störungen
4	17	5	12	F40/41	Angststörungen
5	20	8	12	F43	Belastungsstörungen
6	35	15	20	F45	Somatoforme Störungen
7	21	3	18	F50	Essstörungen
8	14	5	9	F60/61	Persönlichkeitsstörungen
9	8	2	6	E66	Übergewicht
10					

14.10 Diagnosen nach ihrer Häufigkeit in der Alterspsychiatrie

Datenquelle			
	Zahlen des Bundesamtes für Statistik		Eigene Erhebung

Rang	Anzahl Diagnosen	Anzahl Dia. männlich ♂	Anzahl Dia. weiblich ♀	ICD	ICD ausgeschrieben
1	1		1	F13	Abhängigkeit etc.
2	8	2	6	F32	Depressive Störungen
3	4	1	3	F33	Rez. Depressive Störungen
4	4		4	F41	Angststörungen
5	4		4	F45	Somatoforme Störungen
6	3	1	2	F66	Übergewicht
7					
8					
9					
10					

Teil C: Strukturqualität

15 Strukturqualität

15.1 Q-Instrumente, Bemerkungen

<p>Angaben</p>	<p style="text-align: center;">Klinik Barmelweid AG</p> <pre> graph TD VR[Verwaltungsrat Dr. Daniel Heller (Präsident)] --> D[Direktion Beate Slierlin] D --- DS([Direktionssekretariat Lydia Kaufmann]) D --- QA([Qualitätsausschuss Hillevi Zimmerli]) QA --- HK[Hygiene Kommission Dr. Thomas Sigrist] QA --- GK[Gesundheits Kommission Hillevi Zimmerli] QA --- BK[Berufskleider Kommission Andreas Kammer] QA --- PV[Personal Vertretung Florian Schöpl] QA --- EK[Ernährungs Kommission Petra Weidmann] QA --- PIK[Präventions- u. Inter- ventions-Kommission Beatrice Schwaiger] QA --- ASG[Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz Andreas Kammer] QA --- AK[Arzneimittel Kommission Dr. Martin Frey] QA --- IK[Informatik Kommission Andreas Müller] </br></pre>
<p>Bemerkungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Klinik Barmelweid ist nach dem Modell EFQM for Excellence qualifiziert : <ul style="list-style-type: none"> - Verpflichtung zu Excellence November 2005 - Anerkennung zu Excellence Dezember 2008 • Der Qualitätsausschuss tagt regelmässig. Von den Sitzungen wird ein Beschlussprotokoll geführt. Die Aufgaben des Qualitätsausschusses sind schriftlich festgehalten. • Der Qualitätsausschuss (nachfolgend QA genannt) sucht regelmässig und systematisch nach Schwachstellen der Qualität im Klinikbetrieb (z.B. mittels Statistiken, Meldungen des Personals CIRs, Befragungen). • Der QA erstellt die Qualitätsziele des Jahres. • Der QA fördert und unterstützt Mitarbeitende in qualitätsfördernden Projekten. Der Auftrag wird schriftlich festgehalten. • Der QA koordiniert Massnahmen der Qualitätssicherung (z.B. strukturelle Anpassungen, Optimierung von Arbeitsabläufen) • Der QA fördert und kontrolliert die Arbeit der Kommissionen und Gruppen wie zum Beispiel: <ul style="list-style-type: none"> - Hygienekommission - Ernährungskommission - Gesundheitskommission

	<ul style="list-style-type: none"> • Der QA ist dafür besorgt, dass die Umsetzung der Standards und Richtlinien nach ausgearbeiteten Kriterien regelmässig evaluiert werden. • Der QA legt der Klinikleitung ausgearbeitete Standards und Richtlinien sowie Jahresziele in Bezug auf die Qualitätssicherung zur Genehmigung vor. • In monatlich stattfindenden Informationsveranstaltungen informiert die Klinikleitung die Mitarbeitenden über die Qualitätsentwicklung (z.B. über neue Standards und Richtlinien sowie über deren Umsetzung).
--	--

Angaben	Label Health Promoting Hospitals HPH → Gesundheitsförderung bei Mitarbeitenden, Patientinnen und Patienten
Bemerkungen	

Angaben	Projekt Biodiversitätspark in Zusammenarbeit mit Organisationen Naturama und pro spezia rara → Gesunde Umgebung für Mensch und Tier
Bemerkungen	

Angaben	CIRS
Bemerkungen	

Angaben	x-psy
Bemerkungen	Therapieverlaufmessung (RDI/BAI)

Teil D: Prozessqualität

16 Prozessqualität

16.1 Indikatoren

Prozessindikator	Wird erhoben resp. ist in der Institution vollständig etabliert?		
CIRS im Einsatz?	nein		
	JA	... welche Systematik / Methode	... Beschreibung
		Interne, elektronische Erfassung	Fragebogen vom HintAG
Standardisierte Verlaufsdocumentation	nein		
	JA	... welche Systematik / Methode	... Beschreibung
		Elektronisches Klinikinformations-system	Phönix
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	nein		
	JA	... Team (Hauptberufsgruppen)	... Beschreibung
		Interdisz. Rapport Supervision	Alle Betreuenden 1x/Woche
Zusammenarbeit mit nachbehandelnder Instanz	nein		
	JA	... welche?	... Beschreibung
		Tagesklinik	Direkte Rapporte
Migrationsspezifische Instrumente	nein		
	JA	... welche Systematik / Methode	... Beschreibung (z. Bsp. Übersetzungsdienst etc.)
			HEKS (Übersetzungsdienst Spezifische Supervision und Weiterbildung Spezifische Kostformen

Weitere Indikatoren	Beschreibung

16.2 Angehörigenarbeit

	X nein	
		... Beschreibung

Kommentare / Bemerkungen	Regelmässiger Einbezug der Partner/Familie	

Teil E: Prävention und Patientensicherheit

17 Patientensicherheit

Umsetzung bei:	Beschreibung der diversen Präventionsmassnahmen (z. Bsp. Bezugspflege etc.)
Stürzen, Suizidversuchen, Zwangsmassnahmen, Beschwerden etc. (individuelle Umsetzung je Klinik)	Non-Suizid Verträge Suchtverträge mit entsprechenden Kontrollen (Atemluft, Urin) Sitzwachen bei Bedarf

Teil F: Ergebnisqualität

18 Ergebnisqualität

18.1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie

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 Gesundheits-direktorenkonferenz GDK, spezifiziert für die Psychiatrie 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.

Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
ja	Gewählte Messvariante: Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen Symptombelastung, Lebensqualität Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
X nein	

18.2 Gesamtzufriedenheit

Dimension	Anbieter & Messinstrument	Wert [%]	Bemerkungen
Patientenzufriedenheit	MeCon		Siehe Anhang
Angehörigenzufriedenheit			
Zuweiser- und Nachversorgerzufriedenheit	Verein Outcome		Siehe Anhang
Mitarbeiterzufriedenheit	MeCon		Siehe Anhang

18.3 Andere Qualitätsmessungen

Nr.	Titel	Ziel	Laufzeit bis...
	Outcome Eintritt	Qualitätsmessung beim Patienten	2008
	X-Psy	Erfassung des Therapieverlaufes (BDI, BAI, SCL, BSI, WHOQOL)	laufend

18.4 Kommentare

Bei X-Psy ein interinstitutioneller Vergleich geplant

Teil G: Qualitätsprojekte und -aktivitäten

19 Qualitätsaktivitäten

19.1 Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard

Bereich (Gesamtklinik oder Abteilung resp. Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs-j ahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Gesamtklinik	EFQM European Foundation for Quality management	2005	2008	„Anerkennung für Excellence“
Gesamtklinik	HPH Health Promoting Hospitals	2005	2009	

19.2 Übersicht / Zusammenfassung von laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (Gesamtklinik oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
Gesamtklinik	CIRS	Lernen aus kritischen und fast kritischen Zwischenfällen	In Betrieb seit 2003
Gesamtklinik	Sturzerfassung	Massnahmen einleiten für Sturzverhinderung	In Betrieb seit 2002
Gesamtklinik	Fit for Health	Anbieten und Fördern von sportlichen Aktivitäten bei Mitarbeitenden, Gesundheitsförderung	In Betrieb seit 2005
Gesamtklinik	PIK (Präventions,- und Interventionskommission)	Absenzenmanagement Ombudsstelle für Mitarbeitende	In Betrieb seit 2005
Gesamtklinik	Essenslieferung an Patienten in Induktionswagen	Immer richtig temperiertes Essen servieren	In Betrieb seit 2008
Gesamtklinik	Verein Komplikationenliste in Zusammenarbeit mit der Chefärztevereinigung Innere Medizin (SGIM)	Erfassung von medizinischen Komplikationen – Benchmark mit internistischen Kliniken	In Betrieb seit 2002
Kommentare			

19.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der **aktuellen Qualitätsprojekte** im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (Gesamtklinik oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Gesamtklinik	HPH-Label	Rezertifizierung HPH-Label	Januar – April 2009
Gesamtklinik	Patientensicherheit	Konzept Patientensicherheit erstellen	Mai – Dezember 2009
Gesamtklinik	Beschwerdemanagement	Konzept Beschwerdemanagement Patienten erstellen	Juli – Dezember 2009
Gesamtklinik	Outcome Messung	Outcome Messung Patientenstürze	August – Dezember 2009
Gesamtklinik	Informationsfilm	Informationsfilm der Klinik aktualisieren	Juni – August 2009
Kommentare			

→ Eine Auswahl von **zwei** vollständig dokumentierten Qualitätsprojekten ist im Anhang beschrieben.

20 Schlusswort und Ausblick

Ein interdisziplinär zusammengesetzter Qualitätsausschuss ist für die Umsetzung des Qualitätsmanagements in der Klinik verantwortlich. Der Qualitätsausschuss hat sich zum Jahresziel 2008 die Erreichung der zweiten Stufe im Qualitätsmodell EFQM „Anerkennung für Excellence“ gesetzt. Das Modell für Excellence der European Foundation for Quality Management (EFQM) ist ein Werkzeug, welches den Betrieben erlaubt, ihr Managementsystem zu durchleuchten, Stärken und Schwächen zu entdecken und abschliessend das ganze System zu verbessern.

Nachdem die Klinik Barmelweid im 2005 die erste Stufe „Verpflichtung zu Excellence“ erreicht hat, wurde im Jahr 2008 intensiv an der zweiten Stufe gearbeitet. In allen Bereichen wurden Kernprozesse analysiert, angepasst und schriftliche Dokumentationen aktualisiert. Verbesserungspotenziale der Schnittstellen des interdisziplinären Patientenprozesses wurden bereinigt und verschiedene auch EDV-technische Anpassungen konnten realisiert werden. Die Ergebniskontrollen in den patientenbezogenen Leistungen sind zunehmend ein Thema. Neben den laufenden internen Kontrollen des Patientenprozesses und der laufenden Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten mit MECON, wurden im 2008 drei Outcome-Messungen vom Verein Outcome in Zürich durchgeführt. Die Messungen betreffen den elektiven Eintritt, den Dekubitus und den Austritt des Patienten. Die jeweils drei Monate dauernden Erfassungen waren sehr umfangreich und zeitaufwändig. Das Benchmarking mit den anderen Spitälern gab uns viele positive Feedbacks, aber auch Potenziale für weitere Verbesserungen der Betriebsabläufe. Die Anstrengungen aller beteiligten Mitarbeitenden erlaubten schliesslich die Zusammenstellung der Bewerbungsunterlagen im Herbst 2008 zuhanden von SAQ (Swiss Association for Quality).

Im Dezember 2008 wurde die EFQM-Bewerbung der Klinik während eines zweitägigen Audits durch zwei Assessoren der SAQ, Herr Heinz Hunn und Frau Luzia Kopp, überprüft. 25 Mitarbeitende und Führungspersonen wurden von den Assessoren zu 32 Teilkriterien der 9 Bereiche des Modells interviewt. Nach der umfassenden schriftlichen Bewerbung und den intensiven Stunden des Hearings durfte die Klinik Barmelweid als erstes Aargauer Unternehmen die Auszeichnung «Anerkennung für Excellence» entgegennehmen. Im Schlussbericht anerkennen die Assessoren die Klinik Barmelweid besonders für deren hohe Kundenzufriedenheit und die regelmässige Verbesserung der Arbeitsprozesse. Das nächste Ziel der Klinik soll der Erwerb der dritten Stufe sein: EFQM Excellence Award.

21 Ausgewählte Q-Projekte

Beschreibung der **zwei wichtigsten, abgeschlossenen** Qualitätsprojekte

Projekttitlel	Prüfung des Kosten – Nutzenverhältnis bei der Vergabe von Reinigungsdienstleistungen	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Ziel ist die Erstellung einer Entscheidungsgrundlage zur Optimierung der Reinigungsdienstleistungen innerhalb der Klinik. Die Anteile von Fremd- und Eigenleistungen sind unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausgewertet und damit die Voraussetzungen für die Entwicklung eines zeitgemässen und bedarfsorientierten Reinigungssystems geschaffen.	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Die Reinigung des Klinikneubaues wird sowohl über eigene Mitarbeiter wie auch über Leistungen eines externen Unternehmens erbracht. Das Projekt soll prüfen, ob der Umfang der Fremdreinigung ein optimales Kosten-Nutzen Verhältnis für die Klinik darstellt.	
Projektablauf / Methodik	<p>Die Projektierung erfolgte nach dem Problemlösungszyklus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ist Stand / Ist Analyse <ol style="list-style-type: none"> a. Informationen zur Entstehung b. Potenziale / Gefahren des Systems 2. Optionen <ol style="list-style-type: none"> a. Strategie 1 (Fremdvergabe) b. Strategie 2 (Eigenreinigung) c. Strategie 3 (Profitcenter) 3. Sollzustand <ol style="list-style-type: none"> a. Aufgaben b. Struktur c. Kultur 4. Umsetzung <ol style="list-style-type: none"> a. Variante 1 (Staffelung) b. Variante 2 (Stichtag) c. Empfehlung <p>Die Projektierung hat ergeben, dass in Anbetracht der Ausgangslage und der Zielsetzung eine Eigenreinigung anzustreben ist. Nach Rücksprache mit dem jetzigen Fremdreinigung hat sich bei der Umsetzung der Stichtag als geeignet herauskristallisiert. Es ist dies der 1. September 2008.</p>	
Projektergebnisse	Die sich zum Ziel gesetzte Entscheidungsgrundlage konnte ausgearbeitet werden. Somit gibt es keine Abweichung zwischen Projektziel und Abweichung.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Klinikgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Fachbereiche. In welchen Fachbereichen?	
Involvierte Berufsgruppen	Infrastrukturelles FM, Fremdreiniger	
Projektelevaluation / Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellen eines Übergangvertrages mit dem Fremdreiniger • Neuorganisation der Reinigung in Anbetracht der gesamten Eigenreinigung • Rekrutierung der notwendigen Mitarbeitenden • Übernahme der Fremdreinigung 	
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitlel	Neuorganisation Medizinische Diagnostik - Röntgen	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	<p>Im diagnostischen Bereich (med. Diagnostik, Röntgen, Lungenfunktion) sind Arbeitsabläufe nur teilweise kundenorientiert organisiert. Der Patient muss einen Orientierungslauf durch die verschiedenen Räumlichkeiten absolvieren statt an einem „one Stop shop“ bedient zu werden. Gleichzeitig ist eine personelle Flexibilität nicht gegeben.</p> <p>- Personalreduktion in der Röntgenabteilung auf 70%</p>	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	<p>Die beiden Abteilungen medizinische Diagnostik und Röntgen fusionieren zu einer neuen Abteilung mit dem Namen „Diagnostik“. Das Personal wird zusammengefasst unter einer Führung (bisherige Leitung med. Diagnostik). Die Gesamtführung erfolgt administrativ durch PDL und fachlich durch Bereichsleitung Kardiologie.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Optimierung des Patientenprozesses 2. Optimierung der Arbeitsabläufe 3. Flexibilisierung des Personaleinsatzes 4. Neuorganisation der Räumlichkeiten <input type="checkbox"/> Raumkonzept 5. Aufgabenverteilung anpassen (z.B. Rtg-Aufnahmen, Belastungs-EKG) 	
Projekttablauf / Methodik	Arbeitsgruppe	
Projektergebnisse	<p>Die beiden Abteilungen medizinische Diagnostik und Röntgen sind zusammengeschlossen.</p> <p>Die Mitarbeitenden der beiden Stationen arbeiten seit dem Januar 2007 zusammen, sie sind unter einer Führung zusammengeschlossen und haben ab dem 1.1.2008 eine gemeinsame Kostenstelle. Die Einsätze werden flexibel geplant, die Einsatzzeiten des Röntgens sind dem tatsächlichen Bedarf angepasst.</p> <p>Der Patientenprozess ist optimiert, die Untersuchungszeiten werden im Voraus koordiniert,</p> <p>Die Patiententransporte werden durch einem Transportdienst gewährleistet. Die Effizienz der Organisation und die Pünktlichkeit der Untersuchungen ist gestiegen.</p> <p>Die notwendigen baulichen Massnahmen sind geplant und die Realisation ist im Januar/Februar 2008 vorgesehen.</p>	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input type="checkbox"/> Ganze Klinikgruppe resp. im gesamten Betrieb <input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Medizinische Diagnostik <input type="checkbox"/> einzelne Fachbereiche. In welchen Fachbereichen?	
Involvierte Berufsgruppen	Arbeitsgruppe, bestehend von allen Mitarbeitenden der beiden betroffenen Abteilungen (Pflegefachpersonen, Röntgenmitarbeiterinnen, Ärzte)	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die angestrebten Projektziele konnten sehr gut erreicht werden.	
Weiterführende Unterlagen		

22 Individuelle Anhänge

Zufriedenheitsmessungen

Patientenzufriedenheit:

Name des Anbieters	Entwick-lun g	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemer-ku ngen
MeCon	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Patientenzufriedenheitsbefragung		laufend	Ein Jahr → Januar bis Dezember	

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte	96%	Gesamtklinik
Pflege	97%	Gesamtklinik
Organisation	93%	Gesamtklinik
Hotellerie	96%	Gesamtklinik
Öffentliche Infrastruktur	96%	Gesamtklinik
Gesamter Betrieb	96%	Gesamtklinik
Kommentar		
Jährliche Patientenzufriedenheitsmessung in der Klinik (alle Patientinnen und Patienten) seit 2001		

Mitarbeiterzufriedenheit:

Name des Anbieters	Entwick-lun g	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-perio dizität	Bemer-kung en
MeCon	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung		Juni 2008		

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte	100	Gesamtklinik
Pflege	90	Gesamtklinik
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	87.8	Gesamtklinik
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	71.55	Gesamtklinik
Gesamter Betrieb	87.36	Gesamtklinik

Kommentar
Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung 2 jährlich seit 2004

Zuweiserzufriedenheit:

Name des Anbieters	Entwick-lung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemer-kungen
Verein Outcome	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Outcome Austritt		Herbst 2008	4 Monate	

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte		Die Zufriedenheit der Hausärzte wurde mit der Outcome Austritt – Befragung im Jahr 2008 erfasst
Pflege		
Andere medizinische oder therapeutische Berufe		
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie		
Gesamter Betrieb		
Kommentar		
Befragung der Zufriedenheit der Hausärzte → Antworten „ja, völlig“ <ul style="list-style-type: none"> - Information der nachbetreuenden Einrichtung: rechtzeitig → 71.4% - Information der nachbetreuenden Einrichtung: vollständig → 72.7% - Information der nachbetreuenden Einrichtung: korrekt → 78% - Information der nachbetreuenden Einrichtung: plausible und realistische Vorschläge → 78.3% - Information der nachbetreuenden Einrichtung: Kontaktaufnahme vor Austritt stattgefunden → 46.7% - Richtigkeit der Entscheidung über den Austrittsort: Perspektive Nachsorger → 86.7% - Art und Weise des Austritts und Übertritts: Perspektive Nachsorger → 67.4% 		