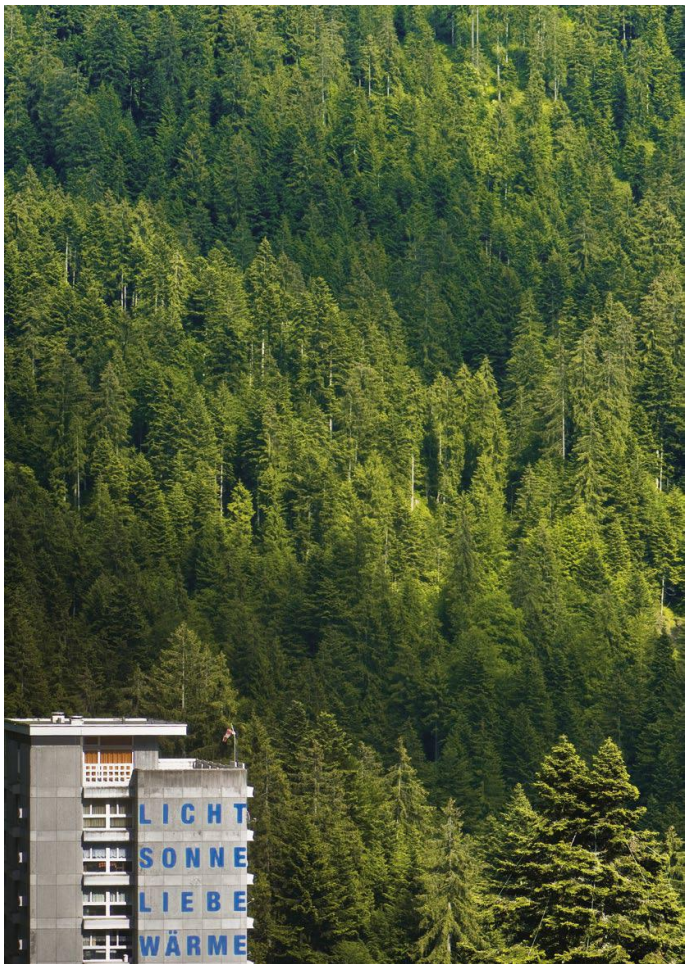
Berner Reha Zentrum
Heiligenschwendi



Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi
3625 Heiligenschwendi

RE
HA
Rehabilitation

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

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

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

Inhaltsverzeichnis

A Einleitung 4
B Qualitätsstrategie 5
B1 Qualitätsstrategie und -ziele 5
B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010 5
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010 7
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 7
B5 Organisation des Qualitätsmanagements 8
B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 8
C Betriebliche Kennzahlen und Angebot 9
C1 Angebotsübersicht 9
C4 Kennzahlen Rehabilitation 2010 11
C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation 11
C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz 12
C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation) 13
C4-4 Personelle Ressourcen 13
D1 Zufriedenheitsmessungen 15
D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit 15
D1-2 Angehörigenzufriedenheit 17
D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit 18
D1-4 Zuweiserzufriedenheit 19
D2 ANQ-Indikatoren 20
D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape 20
D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape 20
D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO 21
D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ) 21
D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010 22
D3-2 Stürze 22
D3-3 Dekubitus (Wundliegen) 22
D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen 23
D3-6 Weiteres Messthema 24
D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung 26
E Verbesserungsaktivitäten und -projekte 28

© 2011, H+ qualité® / Version 4

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards 28
E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte 28
E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte 33
F Schlusswort und Ausblick 34
G Impressum 35
H Anhänge 36

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

A Einleitung

Im Jahre 1895 unter dem Namen «Bernische Heilstätte für Tuberkulose» als eine der ersten Volksheilstätten in der Schweiz eröffnet und im Jahre 2000 in Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi umbenannt, hat sich das Haus innerhalb weniger Jahre zu einem modernen Nachsorgezentrum gewandelt. Heute ist das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi eine gemeinnützige Aktiengesellschaft mit Sitz in Heiligenschwendi.
Als Spezialklinik mit kantonalem Leistungsauftrag bietet das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi in landschaftlich reizvoller Umgebung ganzheitliche Rehabilitation und medizinische Weiterbehandlung. Ziel ist die grösstmögliche Wiederherstellung der Gesundheit, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Patientinnen und Patienten sowie eine nachhaltige Prävention, dies mit spezifischen Programmen nach Richtlinien der entsprechenden Fachgesellschaften. Es werden Patientinnen und Patienten aufgenommen, die nach grossen Operationen oder schweren Krankheiten einer gezielten Nachsorge bedürfen. Besonders geeignet sind unsere Rehabilitationsprogramme für Patienten mit Begleiterkrankungen, etwa im Bereich des Bewegungsapparates, des Herzens oder der Lunge. Das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi ist eines von mehreren von der SWISS REHA anerkannten Rehabilitationszentren der Schweiz und steht sowohl auf der Spitalliste des Kantons Bern als auch auf den Listen der wichtigsten Schweizer Krankenversicherer.

In den 123 betriebenen Betten werden jährlich rund 2100 Patienten betreut. Sämtliche Zimmer des Berner Reha Zentrums sind mit einem Telefon zur Direktwahl und einem modernen Radio- / TV-Gerät ausgestattet, die meisten Zimmer verfügen zusätzlich über Internetanschluss. Auf jeder Abteilung befinden sich ferner ein Aufenthaltsraum und ein gemeinsames Esszimmer. Selbstverständlich legt das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi grossen Wert auf ausgewogene, frische Kost. Auch unser rauchfreies Selbstbedienungsrestaurant, das den Patientinnen und Patienten sowie Gästen täglich zwischen 9 und 20 Uhr offen steht, bietet eine reiche Auswahl an Speisen und Getränken an. Gut zu wissen: Das Berner Reha Zentrum bietet zusatzversicherten Patienten einen Gästeservice für Hotellerieleistungen an, ist seit vielen Jahren ISO-zertifiziert und wurde 2006 als erste Institution im Gesundheitswesen mit dem Gütesiegel Stufe I des Schweizer Tourismus für ihre interdisziplinäre Dienstleistungsqualität ausgezeichnet.

Das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi verfügt über rund 229 Stellen, die auf 307 Mitarbeitende aufgeteilt sind. Davon werden 15 Stellen für Auszubildende angeboten. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind ausgebildete Fachleute mit Zusatzqualifikationen im Bereich Rehabilitation. Zu den Dienstleistungen des Berner Reha Zentrums gehören der Ärztliche Dienst mit ausgewiesenen Spezialisten in Pneumologie, Kardiologie, Rheumatologie, Rehabilitation und Innerer Medizin; aktivierende Betreuung rund um die Uhr durch diplomierte Pflegefachpersonen; Labor- und Röntgendiagnostik, Ultraschall, ausgebaute Herz- und Lungenfunktionsdiagnostik; Physiotherapie; physikalische Therapien; Ergotherapie und Logopädie.

Weitere interessante Informationen über das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi sowie den Geschäftsbericht 2010 finden Sie auf folgender Webseite www.rehabern.ch
Im Anhang finden Sie zudem das Organigramm des Qualitätsmanagements sowie genauere Angaben über das Leitbild und den RundUmWeg.

Die Spitäler im Kanton Bern veröffentlichen seit dem Jahr 2008 ihre Qualitätsberichte auf einer gemeinsamen erstellten QABE Grundlage. Informationen hierzu finden Sie auf folgender Webseite

http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Qualitätsstrategie

Das Qualitätsmanagement ist geregelt durch eine ausführliche Systemdokumentation und orientiert sich an den Grundsätzen des Klinikleitbildes.

Grundlage für das Qualitätsmanagement ist das im Jahre 1998 erarbeitete und eingerichtete **TQM**-System[1]. Die Geschäftsleitung ist dem TQM nach **ISO 9001** verpflichtet. ISO 9001 bestimmt die Anforderungen an das Qualitätsmanagementsystem, um festgelegte Produktforderungen (u. a. allfällige behördliche Anforderungen) zu erfüllen und die Kundenzufriedenheit zu erhöhen.

Darüber hinaus wurde das Berner Reha Zentrum im Jahre 2006 - als erste Reha-Klinik der Schweiz – mit dem **Qualitäts-Gütesiegel Stufe I von Schweiz Tourismus** ausgezeichnet. Die Stufe I konzentriert sich auf die Qualitätsentwicklung und widmet sich insbesondere der Servicequalität. Sie wirkt primär nach innen und motiviert insbesondere die Mitarbeitenden einer Unternehmung. Die Gäste erkennen so die Qualität nicht nur am Gütesiegel sondern erfahren sie direkt über bessere Dienstleistungen.

Qualitätsziele

- ANQ[2] Muskuloskelettal
- ANQ Kardiologie
- Outcomemessung Pneumologie
- Outcomemessung Geriatrie
- Qualitätsschulung aller Mitarbeitenden
- Umsetzung Risikomanagement der Stufe A III bis C II gemäss Grafik Schadenumfang / Eintrittswahrscheinlichkeit
- Erneuerung des Qualitätsgütesiegels Stufe I (2010-2012)
- Projekt Skill and Grade Mix in der Pflege
- Umsetzung der Massnahmen aus Picker-Studie
- Evaluieren und Einführen der elektronischen CIRS

[1] Das Total Quality Management-System bezeichnet die durchgängige, fortwährende und alle Bereiche einer Institution erfassende aufzeichnende, sichtende, organisierende und kontrollierende Tätigkeit, die dazu dient, Qualität als Systemziel einzuführen und dauerhaft zu garantieren.

[2] Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ ist aus der Zusammenlegung der nationalen Gesellschaft KIQ und des Interkantonalen Vereins für Qualitätssicherung und -förderung IVQ entstanden.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

Multidimensionale Ergebnisdokumentation in allen Fachbereichen (Muskuloskelettale, Kardiale, Pulmonale, Geriatrische Rehabilitation)

Eine zentral gespeicherte Datenbank mit allen relevanten Erfassungsdaten (insbesondere Outcome-Parameter) stellt die medizinische Dokumentation sicher und gewährt dem multiprofessionellen Reha-Team Einblick in die wichtigsten medizinischen Erfassungsgrössen. Im Bereich der pulmonalen Rehabilitation können darüber hinaus daraus Surrogate in Form von Berichten definiert werden, die der weiterbehandelnden Instanz einen Überblick zum aktuellen Zustand des Patienten gestattet.

Erneuerung des Qualitätsgütesiegels Stufe I (2010 - 2013)

Im 2006 erlangte das Berner Reha Zentrum als erste Institution im Schweizerischen Gesundheitswesen das Q-Gütesiegels I für das erfolgreich umgesetzte Qualitäts-Programm des Schweizer Tourismus im Gesamtbetrieb. Wie im Tourismus gewinnen auch im Gesundheitswesen – wo der Markt von Jahr zu Jahr eine immer wesentlichere Rolle spielt – die Gastfreundlichkeit und die Dienstleistungsqualität an Gewicht. Das Qualitätsprogramm des Schweizer Tourismus schien damals das richtige Instrument, um die Dienstleistungsketten von Eintritt bis Austritt der Patientinnen und Patienten auf Schwachstellen zu überprüfen. Anhand jährlicher Aktionspläne werden in diversen interdisziplinären Arbeitsgruppen die Lücken gezielt bearbeitet. Jedes Jahr kontrolliert die externe Prüfstelle die Massnahmen aus dem Aktionsplan, und alle drei Jahre muss sie die gesamte Analyse der Dienstleistungsketten überprüfen. 2010 wurde die Dienstleistungsqualität des Berner Reha Zentrums wiederum mit dem Q-Label I für die Jahre 2010–2013 ausgezeichnet.

Projekt Skill and Grade Mix in der Pflege

Damit die Bildungssystematik umgesetzt werden kann, müssen die Aufgaben und Kompetenzen im Pflegebereich neu verteilt werden. Eine detaillierte Analyse der bisherigen Arbeitsaufgaben ist unabdingbar, um den künftigen Skill- und Grademix für alle Abteilungen im Berner Reha Zentrum festzulegen; dabei steht Skill für die unterschiedlichen Berufserfahrungen und individuellen Fähigkeiten der Mitarbeitenden, während Grade die verschiedenen Ausbildungen / Weiterbildungen der Mitarbeitenden beschreibt. Im Herbst 2009 wurde das Projekt in der Pflege gestartet. Als Grundlage dient das Handbuch der Organisation der Arbeitgeber (OdA) Gesundheit beider Basel „der richtige Mix bringt's" (2007). Zwei Kernthemen stehen im Zentrum des Projektes, indem sich jede Berufsgruppe künftig fragen muss: „Was ist ihre spezifische Kernkompetenz, die niemand anders besser und wirtschaftlicher ausüben kann?" und „Welche traditionell durchgeführten Aufgaben können besser, genau gleich gut und kostengünstiger von anderen Berufsgruppen übernommen werden?".

Projekt KISplus: MED-DOC, Elektronische Pflegedokumentation

Das umfangreiche Projekt KIS konnte im Jahre 2010 in Angriff genommen werden. Die zuvor geleisteten Arbeiten in Zusammenhang mit der Erhebung der Prozesse und Datenflüsse bildeten dabei eine wertvolle Grundlage, indem sie wichtige Informationen und Ansatzpunkte bereitstellten.
Ausgehend vom Detailkonzept konnte der Hersteller in der Folge eine präzise Offerte abgeben, die dem Projektlenkungsausschuss mit weiteren zu erwarteten Aufwendungen in Form eines detaillierten Budgets zur Genehmigung vorgelegt wurde. Diese wurde am 16. Dezember erteilt, sodass im kommenden Jahr an der Umsetzung des Projektes gearbeitet werden kann.

Patientenradar

Seit Januar 2010 wird im Berner Reha Zentrum mit dem neu geschaffenen Instrument „Patientenradar" der Zuweisungsprozess von der Anmeldung bis hin zum effektiven Übertritt in die stationäre Rehabilitation genau durchleuchtet. Die Datenanalysen erlauben Ruckschlüsse auf die verschiedenen Teilabläufe und deren Qualität. Eine erste Jahresauswertung kann nun vorgewiesen werden. Insgesamt wurden dem Berner Reha Zentrum 2593 Patientinnen und Patienten angemeldet; 2302 Personen wurden in der Folge aufgeboten, davon traten 91.6 % effektiv ein. Rund ¾ der aufgebotenen Patienten konnten zum gewünschten Datum eintreten. Grössere Abweichungen zwischen Wunsch- und Aufgebotsdatum ergaben sich meistens, weil die Kostengutsprache noch fehlte oder aus Kapazitätsgründen (z. B. weil gelegentlich kein Bett frei war). Verzögerungen beim Übertritt entstanden
auch aufgrund externer Ursachen, die zu Abweichungen zwischen Aufgebotsdatum und effektivem Eintrittsdatum führten. Als Hauptgrund hierzu kann die Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Patienten aufgeführt werden.
Des Weiteren wurden rund 17 % aller Anmeldungen von den zuweisenden Instanzen annulliert. Dies unter anderem, weil die Kostengutsprache abgelehnt wurde. Wenn die jeweiligen Garanten bereits beim Eingang der Anmeldung erfasst und in der Folge die Daten gezielt analysiert werden, können solche relevanten Ergebnisse aus dem Patientenradar mit den betroffenen Krankenkassen besprochen
und Lösungsansatze erarbeitet werden.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

- Outcome-Messungen in allen Fachbereichen mit hoher Datenqualität
- Qualitätsschulung aller Mitarbeitenden
- Umsetzung Risikomanagement
- Rezertifizierung des Qualitätsgütesiegels (2010-2013)
- Projekt Skill- and Grade-Mix in der Pflege
- Auswertung der Picker-Studie und Identifizieren von Massnahmen zur Umsetzung in den Klinikalltag
- Patientenradar
- Evaluieren eines elektronischen CIRS
- Messung der Weiterbildungsqualität von Assistenzärztinnen/-ärzte

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Klinikinformationssystem (KIS)

Im Lauf der letzten Jahre wurde auch im Berner Reha Zentrum der Ruf nach einem Klinik-Informationssystem immer lauter, um die zunehmend komplexer werdenden administrativen Arbeiten weiterhin effizient erledigen zu können. Die Qualität aller Leistungen hängt entscheidend davon ab, ob die richtigen Informationen zur richtigen Zeit für die richtigen Personen in der richtigen Form am richtigen Ort zur Verfügung stehen. Mittels KIS soll die Qualität der Dienstleistung in allen Bereichen des Berner Reha Zentrums weiter verbessert werden und dem Management die Möglichkeit geben damit auf die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen flexibel reagieren zu können.

Sicherheitsmanagement – Einführung eines elektronischen „Critical Incident Reporting Systems“ (CIRS)

Über ein Meldesystem für kritische Zwischenfälle (CIRS) wird in geschützter Umgebung den Arbeitenden die Möglichkeit gegeben, unter Wahrung der Vertraulichkeit oder der Anonymität über kritische Vorfälle in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld zu berichten. Solche Meldungen über einzelne Vorkommnisse liefern viel Wissen über Schwachstellen im System und verhelfen aus den darin enthaltenen Informationen Präventionsstrategien abzuleiten. Im Berichtsjahr 2010 wurde der Entscheid für eine geeignete CIRS-Software für das Berner Reha Zentrum gefällt. In naher Zukunft wird nun die erworbene CIRS-Software mit spezifischen Anpassungen eingeführt; diese Implementierung bedingt zeitgleich auch die Erarbeitung eines hauseigenen CIRS-Konzeptes (Festlegen der CIRS-Verantwortlichen, Schulungen, CIRS-Besprechungen, Meldeinhalte etc.).

Ergebnismessung (=Outcome-Messung)

In den letzten Jahren verschob sich der Fokus von der Prozess-Messung in Richtung Outcome-Messung. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) schlägt paritätisch festgelegte Qualitätsmessungen auch für den Bereich Rehabilitation vor. In diesem Zusammenhang setzt das Berner Reha Zentrum auch zukünftig Fokus auf leistungsbezogene Outcome-Parameter in allen Kompetenzbereichen (Herz, Lunge, Bewegungsapparat, Allgemeinmedizin und Geriatrie), dies auch in Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften und anderen Kliniken. Die Leistungsfähigkeit hat einen wichtigen Einfluss auf die Lebensqualität und die Prognose der Patientin, des Patienten.

Pflegequalität

Im Rahmen der Pflegeentwicklung haben unsere Experten und Schlüsselpersonen, unterstützt von einer externen Pflegewissenschaftlerin, ein für unsere Patientinnen und Patienten geeignetes Pflege-Assessment entwickelt. Mit diesem Instrument schätzen Pflegende systematisch die Ressourcen und die Pflegebedürftigkeit der Patienten und Patientinnen ein. Damit können gezielte Pflegediagnosen gestellt und die notwendigen Interventionen eingeleitet werden. In Zukunft soll weiterhin die allgemeine Qualitätsarbeit im Ressort Pflege koordiniert vonstatten gehen. Das Instrument der verschiedenen Qualitätszirkel hat sich für die kontinuierliche Q-Arbeit bewährt und gewährleistet weiterhin einen hohen Standard in der Pflegequalität.

Zufriedenheitsmessungen
In den kommenden Jahren sind weiterhin kontinuierliche Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheitsmessungen, sowohl intern wie auch extern geplant.

Infrastruktur
Zur Verbesserung der Infrastruktur sind mehrere Projekte zur Gebäudesanierung vorgesehen.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

☐	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.		
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.		
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.		
☐	Andere Organisationsform, nämlich:		
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt		150 – 300%	Stellenprozente zur Verfügung, je nach Arbeitsanfall.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
lic. phil. Armin Strom	033 244 33 00	a.strom@rehabern.ch	Qualitätsverantwortlicher, Direktor
Lilo Hirschi	033 244 33 01	l.hirschi@rehabern.ch	Q-Leitung, Direktionsassistenz
Sabine Kalkhoff	033 244 33 78	s.kalkhoff@rehabern.ch	Q-Verantwortliche, Leitung Qualität und Entwicklung Pflege
Anne-Käthi Sherry	033 244 33 84	a.sherry@rehabern.ch	Q-Verantwortliche, Leitung ärztliches Sekretariat
Dieter Steiner	033 244 34 02	d.steiner@rehabern.ch	Q-Verantwortlicher, Leitung Therapien
Beat Zimmermann	033 244 33 08	b.zimmermann@rehabern.ch	Q-Verantwortlicher, Leitung Betriebe
Matthias Zimmermann	033 244 36 55	m.zimmermann@rehabern.ch	Q-Verantwortlicher, Leitung Informatik und Projekte
Yvonne van der Feijst	033 244 33 28	y.vanderfeijst@rehabern.ch	Q-Verantwortliche, Medizincontrolling

C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	**Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)**
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden **Spezialisierungen** (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Ja
☒ Geriatrie *(Altersheilkunde)*	Ja
☒ Kardiologie *(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)*	Ja
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation *(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)*	Ja
☒ Pneumologie *(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)*	Ja

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Ja
Ergotherapie	Ja
Ernährungsberatung	Ja
Logopädie	Ja
Physiotherapie	Ja
Psychologie	Ja

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2010

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte und Anzahl Pflegetage zu interpretieren?

Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflegetage** im Jahr 2010 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patientinnen und Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflegetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patientinnen und Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflegetage geringere Austrittszahlen.

Angebotene stationäre Fachbereiche	Anzahl Austritte	Geleistete Pflegetage
Internistische Rehabilitation	181	3446
Kardiale Rehabilitation	675	13448
Muskuloskelettale Rehabilitation	788	17861
Pulmonale Rehabilitation	453	8343

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

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

Nächstgelegenes Spital, Ort	**Leistungsangebot / Infrastruktur**	**Distanz (km)**
Spital Thun, Krankenhausstrasse 12, 3600 Thun	Intensivstation in akutsomatischem Spital	9 km
Spital Thun, Krankenhausstrasse 12, 3600 Thun	Notfall in akutsomatischem Spital	9 km
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	**Fachgebiet**	
Spital Thun	Dialyse u.a.	

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

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

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

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

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

Vorhandene Spezialisierungen	**In der Klinik vorhanden?**
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	☒ ja
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	☒ ja
Facharzt Kardiale Rehabilitation	☒ ja
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	☒ ja

Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation	**79**	**51.3**

D Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

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

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	---	Gesamtzahl der Rückmeldungen aller Fragebögen 198, davon • 133 mit positiven Rückmeldungen • 59 mit gering negativen Rückmeldungen • 6 mit kritisch negativen Rückmeldungen
Resultate pro Bereich	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung					
☐ Mecon ☐ Picker ☐ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)	☐ Anderes externes Messinstrument				
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes		
☒ eigenes, internes Instrument					
Beschreibung des Instrumentes	**Patientenzufriedenheitsbogen: „Ihre Meinung ist uns wichtig“** *Patienten* und/oder Angehörige haben Gelegenheit Ihre Rückmeldungen in drei Bereichen (1. „Was hat Sie bei uns gefreut?“, 2. „Was hat Sie bei uns geärgert?“, 3. „Welche Anregungen haben Sie?“) freitextlich niederzuschreiben. Da diese interne Befragung auf freiwilliger Basis stattfindet, kann keine Rücklaufquote berechnet werden.				
Einschlusskriterien	alle Patientinnen und Patienten **auf freiwilliger Basis**				
Ausschlusskriterien	keine				
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	☒ Nein	☐ Ja	

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?
☒ **Nein**, unser Betrieb **hat kein** Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	---	Gesamtzahl der Rückmeldungen aller Fragebögen 198, davon • 133 mit positiven Rückmeldungen • 59 mit gering negativen Rückmeldungen • 6 mit kritisch negativen Rückmeldungen
Resultate pro Bereich	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung					
☐	Externes Messinstrument				
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes		
☒	eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	**Patientenzufriedenheitsbogen: „Ihre Meinung ist uns wichtig“** Patienten und/oder *Angehörige* haben Gelegenheit Ihre Rückmeldungen in drei Bereichen (1. „Was hat Sie bei uns gefreut?“, 2. „Was hat Sie bei uns geärgert?“, 3. „Welche Anregungen haben Sie?“) freitextlich niederzuschreiben. Da diese interne Befragung auf freiwilliger Basis stattfindet, kann keine Rücklaufquote berechnet werden.				
Einschlusskriterien	alle Angehörigen **auf freiwilliger Basis**				
Ausschlusskriterien	keine				
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	☒ Nein	☐ Ja	

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	----	**qualitative** Analyse und Bearbeitung der internen Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung im Rahmen der regelmässig stattfindenden Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement“
Ärztlicher Dienst	4.8 (Ø aller Weiterbildungsstätten = 4.7)	Umfrage **Weiterbildungsqualität** – jährliche Qualitätsrückmeldung durch Assistenzärztinnen und Assistenzärzte. Der Ergebniswert bezeugt eine überdurchschnittlich hohe Zufriedenheit der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte im BRH.
Resultate pro Bereich	**Ergebnisse**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung					
☐	Externes Messinstrument				
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes		
☒	eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	**„Hoppla – das müsste man sich genauer ansehen“** Dieses Instrument eröffnet den Mitarbeitenden die Möglichkeit, zuhanden der AQM-Gruppe, Anregungen zu Verbesserungen/neue Ideen und auch kritische Rückmeldungen einzubringen. Diese Möglichkeit beeinflusst die Arbeitszufriedenheit positiv. **Systematische Befragung in Mitarbeitergesprächen**				
Einschlusskriterien	alle MitarbeiterInnen des Berner Reha Zentrums Heiligenschwendi				
Ausschlusskriterien					
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	☒ Nein	☐ Ja	

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?
☒ **Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Zuweiserzufriedenheit.

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Weitere Information: www.anq.ch

Akutsomatik:
Für das Jahr 2010 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO

Psychiatrie und Rehabilitation:
Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger", der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spital-Austritts. Mit der Methode SQLape wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com.

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen?	
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape

Mit der Methode SQLape wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?		
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.	
	☒	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot")

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.
Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.
SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektion die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?		
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.	
	☒	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.
Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?	
☒	**Nein**, unser Betrieb **mass nicht** die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-2 Stürze

Messthema	**Stürze**
Was wird gemessen?	Unter einem Sturz versteht das BRH ein unfreiwilliges und/oder unkontrolliertes zu Boden sinken oder fallen. Als Mass gilt die Sturzrate pro1000 Behandlungstage (Schwendimann, R. et al., 2006).

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Anzahl Stürze total	**Anzahl mit Behandlungsfolgen**	**Anzahl ohne Behandlungsfolge**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
210 (4.87)	--	--	--

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	**Name des Instrumentes:**
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	**Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:**

D3-3 Dekubitus (Wundliegen)

Messthema	**Dekubitus (Wundliegen)**
Was wird gemessen?	Patienten mit Dekubitalgeschwür Grad 1 bis Grad 4

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	**Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
17	4	

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	**Name des Instrumentes:**
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	**Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:**

D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
1	

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	**Name des Instrumentes:**	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	**Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:**	

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	**FIM** (Functional Independence Measure)
Was wird gemessen?	Funktionale Selbständigkeit

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Muskuloskelettale Rehabilitation

Messergebnisse	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Motorischer Bereich: $F_{(1,624)} = 1102.64$, $p < .001$ Starker Effekt mit $f = 1.3$ **Kognitiver Bereich :** $F_{(1, 624)} = 94.7$, $p < .001$ Starker Effekt mit $f = 0.4$	Signifikante Verbesserung der funktionalen Selbständigkeit während des Reha-Aufenthaltes

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	**Name des Instrumentes:**	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	**Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:**	

Messthema	**Fahrrad-Ergometrie**
Was wird gemessen?	Leistungsfähigkeit in Watt

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Kardiale Rehabilitation

Messergebnisse	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Leistung in Watt: $F_{(1, 279)} = 537.05$, $p < .001$ Starker Effekt mit $f = 1.4$	Signifikante Verbesserung der Leistungsfähigkeit auf dem Ergometrie-Fahrrad (Leistung in Watt) während des Reha-Aufenthaltes.

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	**Name des Instrumentes:**	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	**Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:**	

Messthema	**CAT** (COPD Assessment Test)
Was wird gemessen?	Fragebogen zur Messung der Lebensqualität

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Pulmonale Rehabilitation

Messergebnisse	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Lebensqualität: $F_{(1, 59)} = 21.55, p < .001$ Starker Effekt mit f = 0.6	Signifikante Verbesserung der berichteten Lebensqualität während des Reha-Aufenthaltes.

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	**Name des Instrumentes:**	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	**Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:**	

Messthema	Krankheitsbezogene Scores Ärzte, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie entsprechend Indikation und Befundkonstellation. Organ- und Funktionsspezifische Assessments entsprechend individueller Funktions-, Aktivitäts- und Partizipationsdefiziten, Erfassung des Zielerreichungsgrades nach Denkschema ICF (z. B. Flexion/Extension bei Knie-TP, Systematisches Schmerzassessment, Nutritional Risk Score, Tinetti, freie Gehstrecke, Goniometer, Albumine, Hämoglobine, CRP, BODE-Index, Raucherstatus, CRQ, CAT, Resp. Polygraphie, Ergometrie, Lungenfunktionsparameter, Blutdruck, Treppenstufen, Wundverhältnisse, mMRC, Kapnographie, Auswurffraktion, Lipidwerte, Triglyceride, Herzrate, Cholesterin, NYHA, Fall Assessment Questionnaire, Mini Mental State Test, Geriatrische Depressionsskala, Outcome betr. Entlassungsmodalität und vieles mehr…)

Messergebnisse	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

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

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

Bezeichnung	**Bereich** [1]	**Erfassungsgrundlage** [2]	**Status** [3]
Systematisches Schmerz-Assessment	A	C: Sowohl quantitative Schmerzerfassung mittels VAS (Visuelle Analog-Skala) als auch qualitative Schmerzerfassung.	A
Komplikationsstatistik	A	C: Erfassen aller Komplikationen	A
BfS Bundesamt für Statistik	A	B: Erfassung der Diagnosen und Behandlungen zur Weiterleitung ans Bundesamt für Statistik	A
FMH	B	B: Weiterbildungsüberwachung der Assistenzärzte gemäss FMH-feed-back.	A
SGP (Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie) Kommission für pulmonale Rehabilitation	B	A: Genau definiertes Anforderungsprofil mit Q-Standards und Leistungsparametern. Abstract und Präsentation der Resultate nach ICD-10 Patientengut in Form von Workshops alle zwei Jahre.	A
SAKR	B	A: SAKR-Datenbank: Statistik des Patientenguts und der Komplikationen in der kardialen Rehabilitation.	A
LEP Leistungserfassung Pflege	A	B: Die Abkürzung LEP steht für 'Leistungserfassung in der Pflege'. Die wissenschaftlich fundierte Methode LEP besteht aus statistischen Erfassungs- und Darstellungsverfahren für die Gesundheits- und Krankenpflege. Als Management- und Controllinginstrument stellt LEP Prozessdaten für die Führung, die betriebsinterne Planung und Optimierung sowie die Kostenrechnung zur Verfügung.	A
BZP Bildungszentrum Pflege Controlling der Rahmenvereinbarung über die praktische Ausbildung von Lernende in Pflegeberufen	B	B: Alle Lernende füllen nach dem Praktikum einen Fragebogen aus. Einmal jährlich erfolgt die Auswertung der Lernendenbefragungen zusammen mit Vertretern der Berufsschulen.	A

BFH Berner Fachhochschule Gesundheit	B	B: Ausbildung von Studierenden Bachelor of Science BFH in Ernährung und Diätetik Fachhochschule Gesundheit Bern. Controllinggespräch 1 x jährlich	A
EKAS Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit	A	B: Der Bundesrat hat die EKAS als eigentliche Zentralstelle definiert. Für die Aufsicht über die Umsetzung der Vorschriften im Bereich Arbeitssicherheit – aber auch für die wichtige Beratung der Betriebe – sind so genannte «Durchführungsorgane» zuständig.	A
• Hygienekartei Inselspital • Merkblätter des BAG • Merkblätter der SUVA • Gesetzliche Verordnungen des Kantons Bern	A	B/C: Das BRH richtet sich nach den Hygienestandards des Inselspitals Bern, den Merkblättern des BAG & der SUVA, dem Lebensmittelgesetz des Kantons Bern sowie nach den eigenen dem Betrieb angepassten Standards (Hygieneordner) Externe Kontrolle jedes 2 Jahr durch Mitarbeiter Mikrobiologie Labor Meggen.	A
H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit	A	B: H+ Die Spitäler Schweiz AEH Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG	B
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 2010
C=Einführung im Berichtsjahr 2010

E Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Gesamtklinik	ISO 9001	1999	2008	laufende Überprüfung aller Bereiche im Rahmen eines Total Quality Managements (TQM)
Gesamtklinik	Q-Label Stufe I	2006	2010	Die Stufe I des Q-Labels konzentriert sich auf die Qualitätsentwicklung und widmet sich insbesondere der Servicequalität. Sie wirkt primär nach innen und motiviert die Mitarbeitenden. Die Gäste erkennen so die Qualität nicht nur am Gütesiegel sondern erfahren sie direkt über bessere Dienstleistungen.

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	**Ziel**	**Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft**	**Projekte: Laufzeit** (von … bis)
AQM-Sitzungen	Die Arbeitsgruppe für Qualitätsmanagement (AQM) hat sich zum Ziel gesetzt, den Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen über das Qualitätsmanagement zu fördern und Projekte zur Qualitätssicherung anzuschieben und zu koordinieren.	Gesamtklinik	laufend
internes Audit	Feststellung der Zertifizierungsfähigkeit	Gesamtklinik	jährlich
externes Audit	Kontrollaudit mit Prüfung der Dokumente und der Erfüllung des zu zertifizierenden Regelwerks anhand eines Fragenkatalogs.	Gesamtklinik	jährlich
Management von Unregelmässigkeiten	Identifizieren der Ursachen und Einleiten notwendiger Sofortmassnahmen zur Schadensbegrenzung unter Beizug der zuständigen Fachleute.	Gesamtklinik	laufend

Zufriedenheitsmessungen	Es soll die Zufriedenheit der Befragten und damit die Stärken und Schwächen der Klinik erfasst und Aktionspläne zur permanenten Verbesserung erarbeitet und umgesetzt werden.	Gesamtklinik	laufend
Kontrolle der TQM-Dokumente	Aktuellhalten der TQM-Dokumente	Gesamtklinik	laufend
Arbeitsgruppen	Erarbeiten von Lösungsvorschlägen und Aktionsplänen bei Qualitätsdefiziten in allen Bereichen	Gesamtklinik	laufend
Arbeitsgruppen	Bearbeiten von Lücken in der Dienstleistungsqualität (Q-Label-Programm)	Gesamtklinik	jährlich
Hygieneschulungen	Alle neuen Mitarbeiter BRH kennen die Hygienevorgaben BRH Alle Mitarbeiter in den verschiedenen Bereichen werden in der Händehygiene laufend kontrolliert und geschult.	Gesamtklinik	laufend
Systematische Kontrollen von verschiedenen Apparaturen, Geräte usw. (z. B. Waage, BD-Aparate, Absauggeräte usw.)	Der SiBe (Sicherheitsbeauftragte) überprüft Geräteschaften nach dem Prinzip des VFM	Gesamtklinik	Nach bestimmten Zyklen
Klinikinformationssystem (KIS)	Die Qualität aller Leistungen hängt entscheidend davon ab, ob die richtigen Informationen zur richtigen Zeit für die richtigen Personen in der richtigen Form am richtigen Ort zur Verfügung stehen. Mittels KIS soll die Qualität der Dienstleistung in allen Bereichen des Berner Reha Zentrums weiter verbessert werden.	Medizin/Therapie/Pflege	laufend
Guidelines / Best Evidence / Normen nach Vorgaben diverser Fachgesellschaften (SAKR, SGR, SGPMR, SGP)	Hohe Qualität der medizinischen Fachkompetenz	Medizin	jährlich
Outcome-Messungen	Hohe Qualität der medizinischen Fachkompetenz, Benchmark	Medizin	laufend
Systematische Kontrolle der Berichtserstattung	Hohe Qualität der medizinischen Fachkompetenz	Medizin	laufend
Bedside Kontrollen durch die Kaderärzte bei jedem Patienten unabhängig von der Versicherungsklasse	Hohe Qualität der medizinischen Fachkompetenz	Medizin	laufend
Weiterbildungsüberwachung der Assistenzärzte gemäss FMH-feed-back	Hohe Qualität der Weiterbildung für Assistenzärztinnen und -ärzte	Medizin	laufend
Weiterbildungsanerkennung für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte: Richtlinien der Fachgesellschaften (Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation)	Hohe Qualität der Weiterbildung für Assistenzärztinnen und -ärzte	Medizin	letzte Auditierung und Rezertifizierung 2008
Qualitätsrichtlinien Swiss Reha	Hohe Qualität der medizinischen Fachkompetenz	Medizin	In Betrieb seit 2007

Komplikationsstatistik	Verhindern von Komplikationen	Medizin	jährlich
Kritische Ereignisse	Lernen aus kritischen Zwischenfällen	Pflege	laufend
Sturzmonitoring	Massnahmen zur Sturzverhinderung einleiten	Pflege	laufend
Dekubitusmonitoring	Massnahmen zur Verhinderung von Dekubitus	Pflege	laufend
Qualitätszirkel	Qualitätssicherung und -verbesserung innerhalb von verschiedenen definierten Fach- oder Themenbereiche	Pflege	laufend
Fortbildungen	Bedarfsgerechtes Fortbildungsprogramm für Pflegepersonal inkl. Lernende. Inhalte: Fachkompetenz, Sozial- und Methodenkompetenz Auswertung der Fortbildungsveranstaltungen anhand standardisierter Fragebögen.	Pflege	wöchentlich
BZ-Messgeräte	Interne Kontrollen Externe Kontrollen	Pflege	Alle 14 Tage 1 x jährlich
Prozessoptimierung	Systematische Erfassung und genaue Abklärung komplexer Patienteneintritte mit der zuweisenden Stelle. Ziel: Kontinuität der Pflege beim Übertritt best möglichst zu gewährleisten.	Pflege	Tgl.
Fallbesprechungen	Regelmässige Fallbesprechungen mit dem Ziel der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung bei komplexen Pflegesituationen und einer einheitlichen Abstimmung der best möglichen Pflege	Pflege	Bei Bedarf
Coaching von Pflegefachpersonen	Unterstützung und Coaching der Pflegepraxis durch Experten.	Pflege	Bei Bedarf
Zufriedenheitsmessungen	Patienten werden stichprobeartig von Führungspersonen aus der Pflege besucht und systematisch nach ihrer Zufriedenheit befragt (prophylaktisches Beschwerdemanagement)	Pflege	Stichproben
Guidlines / Best Evidence/ Normen nach Vorgaben diverser Fachverbände (SAKR, SVOMP, IGPTR)	Hohe Qualität der therapeutischen Fachkompetenz	Therapie	laufend
Konsequentes Einhalten der postoperativen Nachbehandlungsschemata	Hohe Behandlungsqualität und Verhindern von Komplikationen	Therapie	laufend
Supervision durch Fachverantwortliche / Vorgesetzte	Hohe Behandlungsqualität und Verhindern von Komplikationen	Therapie	laufend
Qualitätszirkel	Hohe Qualität der therapeutischen Fachkompetenz	Therapie	laufend
Kontrolle der elektronischen Terminplanung	Durch eine optimale Verteilung, Dauer und Frequenz der Therapietermine wird ein patientenorientiertes Therapieprogramm sichergestellt.	Therapie	laufend

Arbeitsgruppe Q-Label	Verbesserung und Sicherung der Dienstleistungsqualität	Therapie	laufend
Wartung der Messinstrumente und Trainingsinstrumente	Konstante Qualität der Mess- und Übungsinstrumente	Therapie	laufend
Interne Fortbildung	Eichung der Durchführung der Techniken und Assessments, z. B. Sicherstellung des korrekten Transfers bei muskuloskelettalen Patienten	Therapie	laufend
Intradisziplinäre Fortbildung	Hohe Qualität der therapeutischen Fachkompetenz	Therapie	jährlich
Patientenradar	Erfassen der Patientendaten anhand der Einweisungszeugnisse. Begründung der Aufgebotsdaten, Verschiebungen und Annullationen. Kontrolle auf Vollständigkeit	Bettendisposition	täglich monatlich
Kontrollen des Sterilisators	Kontrollen durch Bowie dick (Teststreifen) Externe Revalidation	Sterilisation	Täglich Alle 2 Jahre
HAMO-Maschine (spez. Abwaschmaschine)	Kontrollen SFT LOAD Check für RDG HAMO LS2000	Sterilisation	wöchentlich
Prüfung Röntgenanlage	Zustandsprüfung mit Meldung ans BAG	Röntgen	2007
Prüfung Röntgenanlage	Jährliche Konstanzprüfung	Röntgen	2009
Prüfung Entwicklungsmaschine	Prüfung der Entwicklungsmaschine nach Schema AGFA entsprechend den Normen des BAG	Röntgen	2009
Prüfung Röntgenzubehör	Nach Vorgaben des BAG	Röntgen	2009
Software VFM (Loy & Hutz)	Professionelle Abwicklung von Sekundärprozessen	Technischer Dienst	laufend
EKAS	Gewährleistung der Arbeitsplatzsicherheit	Technischer Dienst	laufend
SEV	Regelmässige Kontrolle von Elektroinstallationen	Technischer Dienst	laufend
Prüfung H_2O-Qualität gemäss Standards	Qualitätssicherung H_2O	Technischer Dienst	laufend
Kalibrierung der diagnostischen und therapeutischen Geräte nach Vorschrift und Anweisungen des Herstellers	Sicherstellung der hohen Qualität diagnostischer und therapeutischer Geräte	Gesamtklinik	jährlich
Grundkurs für Transporthelfer	Schulung von Transporthelfern gemäss GEF-Standards	Transportdienst	
Lebensmittelkontrolle	Schutz vor Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen, welche die Gesundheit gefährden können; hygienischer Umgang mit Lebensmitteln.	Küche/Restaurant	laufend
Supervision durch FAMH externes Labor	Qualitätssicherung im Labor	Labor	2 x jährlich
Teilnahme an externem Ringversuch CSCQ	Qualitätssicherung im Labor	Labor	4 – 6 x jährlich
Interne Parameterkontrollen und Gerätekontrollen	Qualitätssicherung im Labor	Labor	täglich
Internes Kontrollsystem (IKS)	Sicherstellung der korrekten Geldflüsse	Finanz- und Rechnungswesen	laufend
Revisionen	Finanzkontrolle	Finanz- und Rechnungswesen	jährlich

Quartalsgespräche mit Kostenstellenleitern	Qualitätssicherung Finanz- und Rechnungswesen	Finanz- und Rechnungswesen	4x jährlich
Wartungen der Messinstrumente	Qualitätssicherung Funktionsdiagnostik	Funktionsdiagnostik	laufend
Kontrolle des Defibrillators	Wartung	Funktionsdiagnostik	täglich
Kalibrierung grosse Lungenfunktion	Qualitätssicherung Lungenfunktionsdiagnostik	Funktionsdiagnostik	2x täglich laufend
Temperaturkontrolle von Kühlschrank, Tiefkühler, Wärmeschrank	Qualitätssicherung Funktionsdiagnostik	Gesamtklinik	täglich
Reinigung und Kontrolle des Exp. –Datum bei Allergenen und Medikamenten	Qualitätssicherung Funktionsdiagnostik	Funktionsdiagnostik	monatlich
Externe Qualitätskontrolle mittels Kontroll-Lösung	Qualitätssicherung Funktionsdiagnostik	Funktionsdiagnostik	4x jährlich
Neuauflage Arzneimittelliste	Anpassungen ans Arzneimittelsortiment BRH	Apotheke	Beendet Nov. 2009
Bewirtschaftung der Abteilungsapotheken durch Pharma-Assistentinnen	Straffung der Medikamentenlagerbestände auf den Abteilungen, Entlastung der Pflegenden von der Medikamentenlogistik	Apotheke	Beendet Februar 2010
Neuauflage Arbeitsanweisung „Antiinfektiva zur systemischen Anwendung“	Anwendungsangaben für Pflegende	Apotheke	Beendet Mai 2009
Aufbau QMS Apotheke	Aktuelles QMS	Apotheke	In Arbeit
Arzneimittelinformationen, Mitteilungen Sortimentsänderungen	Information für MedikamenteanwenderInnen, Erhöhung der Arzneimittelsicherheit	Apotheke	laufend, je nach Bedarf
Mitarbeit im QZ Medikamentenmanagement (Apothekerin)	Erhöhung der Arzneimittelsicherheit	Apotheke	laufend

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	**Qualitätssicherung Patientenradar**	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Erstellen eines Steuerungs- und Kontrollinstruments zur optimalen Aufnahmestrategie	
Beschreibung	Durch kontinuierliche Erfassung von Daten rund um das Anmelde- und Aufnahmeprozedere sollen folgende Ziele erreicht werden: • Informationsgewinn über den Verlauf aller angemeldeten Patienten • Schwachstellen im Anmeldungsprozess identifizieren • Durchleuchten diverser Mechanismen, weshalb es zu Verzögerungen bzw. zu keinem Eintritt gekommen ist.	
Projektablauf / Methodik	--	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	.....	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	.....	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	.....	
Involvierte Berufsgruppen	Bettendispo, Medizincontrolling, ärzlicher Dienst	
Projektevaluation / Konsequenzen	Gemeinhin wird unter dem Begriff „Radar“ ein Erkennungs- und Ortungsverfahren, insbesondere in der Aviatik, verstanden. Analog wurde dem seit Anfang Jahr im Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi eingesetzten Instrument zur Erfassung aller Patientenanmeldungen mit genauster Beobachtung sämtlicher Bewegungen und Mutationen im Zuweisungsprozess, der Name „Patienten-Radar“ verliehen. Eine erste Datenauswertung konnte durchgeführt werden. Die Resultate sind für alle am Zuweisungsprozess beteiligten Akteure interessant und geben wichtige Anhaltspunkte für einen akkuraten und reibungslosen Übertritt des Patienten in die stationäre Rehabilitation. Von Jahresbeginn bis Ende 2010 wurden dem Berner Reha Zentrum 2593 Patienten angemeldet, davon wurden 2124 aufgeboten. Das BRH konnte den grössten Teil aller aufgebotenen Patienten zum vermerkten Wunschdatum einplanen, bei 13 Prozent ergab sich eine Verzögerung um einen Tag. Abweichungen zwischen Wunsch- und Aufgebotsdatum entstanden vorwiegend aus Kapazitätsgründen (z. B. keine linienspezifischen Betten). Es muss jedoch konstatiert werden, dass jede zwölfte angemeldete Person nicht zum Wunscheintrittsdatum aufgeboten werden konnte, weil die Kostengutsprache noch ausstand. Verzögerungen beim Übertritt ergaben sich auch infolge externer Ursachen, welche überwiegend Abweichungen zwischen Aufgebotsdatum und effektivem Eintrittsdatum bewirkten. Als Hauptgrund kann die Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Patienten aufgeführt werden. Die externen Ursachen hatten zur Folge, dass es öfters zu Verschiebungen des effektiven Eintrittsdatums kam. Auch hier konnte der Patientenradar Klarheit darüber schaffen, bei wie vielen Patienten Verzögerungen auftraten und mit welchen zuweisenden Institutionen wir diesbezüglich zukünftig eine engere Zusammenarbeit anstreben. 17 Prozent aller Anmeldungen wurden von den zuweisenden Instanzen wieder annulliert, dies unter anderem weil die Kostengutsprache abgelehnt wurde. Der Patientenradar erlaubte uns durch eine gezielte Aufbereitung der erfassten Daten eine präzise Analyse auf Garantenebene durchzuführen. Relevante Ergebnisse können nun so anhand konkreter Zahlen direkt mit den jeweiligen Krankenkassen besprochen werden. Diese erste Datenauswertung qualifiziert den Patienten-Radar klar als brauchbares Führungs- und Managementinstrument. Sie unterstreicht die Notwendigkeit eines solchen Mediums zur Gewährleistung eines hohen Qualitätsstandards im Zuweisungsprozess.	
Weiterführende Unterlagen		

F Schlusswort und Ausblick

Das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi setzt alles daran, damit sich die Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthaltes rundum wohlfühlen. Deshalb ist es uns ein Anliegen die Qualitätsstandards auf diesem hohen Niveau beizubehalten und auch künftig für eine erstklassige Rehabilitation zu sorgen.

G Impressum

Herausgeber / Lesehilfe

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 **Be**rn) erarbeitet. Im Handbuch H+qualité® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.
Siehe auch
http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html
voir également
http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html

Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Qu**alitätsmonitoring **Ba**sel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualité® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.
Siehe auch http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html

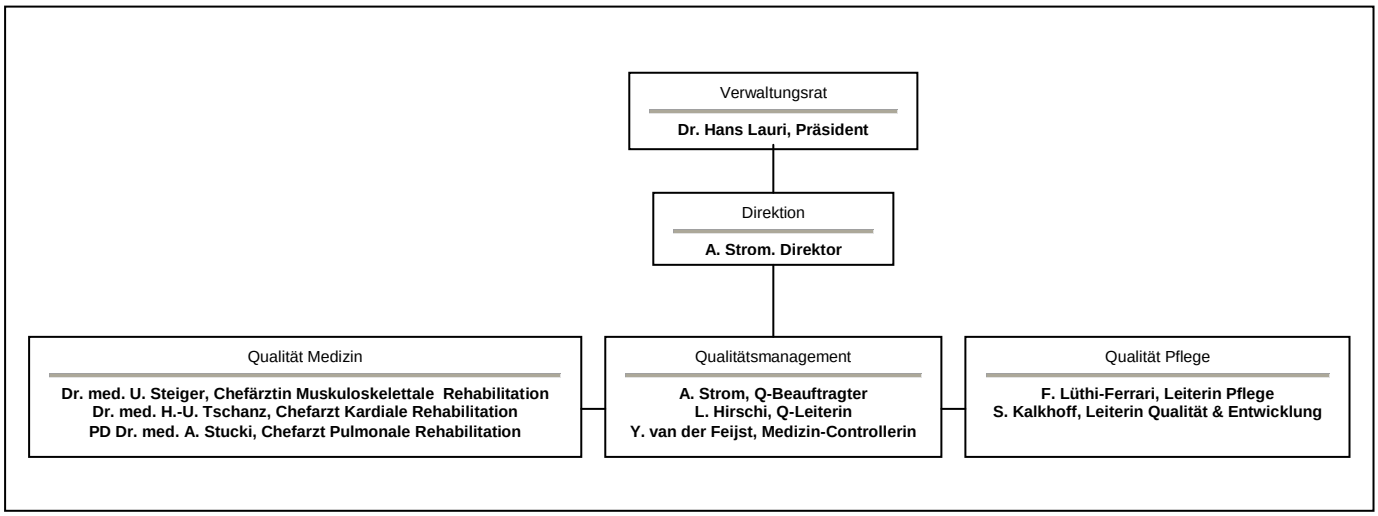
Partner

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 sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch http://www.anq.ch

H Anhänge

Organigramm Qualitätsmanagement



Leitbild Berner Reha Zentrum

Mit Fachkompetenz in den Bereichen Medizin, Therapie und Pflege bieten wir unseren Patienten Leistungen an, die eine situationsgerechte Wiedereingliederung in den Alltag ermöglichen, dabei sind wir ein aktives Glied in der Versorgungskette des öffentlichen Gesundheitssystems. Wir erhalten und fördern die Autonomie des Patienten und beziehen ihn und seine Angehörigen in die Rehabilitationsplanung mit ein.
Unser Spital zeichnet sich aus durch moderne Strukturen. Wir begegnen unseren Mitmenschen mit Freundlichkeit und Wertschätzung. Aufbauend auf unseren Wurzeln sind wir gegenüber den Anforderungen der Zukunft offen, wandlungsfähig und innovativ.
Unsere gemeinsamen Ziele sind klar formuliert und transparent. Wir streben einen kooperativen Führungsstil an, der es den Mitarbeitenden ermöglicht, eigene Ideen einzubringen. Wir sind offen für neue Arbeitsmethoden und Entwicklungen.
Gegenseitiger Respekt, Toleranz und Vertrauen prägen unsere interdisziplinäre Zusammenarbeit. Wir bieten attraktive Lernfelder an und unterstützen die stetige Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden ist uns wichtig.
Unser Leistungsangebot erbringen wir zielorientiert unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit und Effektivität. Wir pflegen einen sorgfältigen Umgang mit den Ressourcen und der Umwelt.
Qualität ist uns ein zentrales Anliegen, welche wir mit geeigneten Massnahmen kontinuierlich weiterentwickeln und sichern.
In der vernetzten Gesundheitsversorgung kennt man uns als glaubwürdigen und verlässlichen Partner. In der Öffentlichkeit sind wir präsent.

Mit dem RundUmWeg Gesundheit erleben

So schön die Aussicht in Heiligenschwendi auf den Thunersee und den Niesen ist, und so fest die schöne Natur der Umgebung zu Wanderungen einlädt: Viele Patienten haben nicht die Möglichkeit, diese Landschaft tiefer gehend zu geniessen. Rund um die Klinik ist deshalb ein attraktiver Rundweg am Entstehen. Der rollstuhlgängige Weg ist ein Kilometer lang und vermittelt nicht nur Natur pur, sondern dient vor allem als nachhaltiger Begegnungsraum für Patienten und Besucher. Das Berner Reha Zentrum will neben der medizinischen Betreuung auch das geistige Wohlbefinden fördern.

Das Thema des Rundumweges sind die vier Elemente: Luft, Erde, Wasser und Feuer. An ausgesuchten Plätzen entstehen thematische Stationen, die als Orte zum Verweilen, Geniessen, Meditieren, Kommunizieren, Nachdenken und Lernen dienen. Patienten wird dort draussen in der Natur Gelegenheit geboten, die Rehabilitation erlebnisreich und geistanregend zu gestalten.