

Bern, 12. Juli 2011

**Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
Abteilung Planung und Investitionen
Fachbereich Psychiatrie**

Psychiatrieplanung 2012

Externe Beurteilung „Qualität“ und Kostenkorrekturfaktor „Wirtschaftlichkeit“

Unter Mitarbeit von

Dr.med. Daniel Bielinski
Chefarzt PDAG, Vorstandsmitglied SVPC, Vizepräsident SGPP (Experte)

Dr.rer.nat. Ulrike Borst
Ehemals Leiterin QM in einer psychiatrischen Klinik, heute frei praktizierende Psychotherapeu-
tin und Organisationsberaterin (Konzeption Qualität sowie Expertein)

Dr.phil. Urs Braun
Leitender Psychologe einer psychiatrischen Klinik, ehemals Leiter QM in zwei psychiatrischen
Kliniken (Experte)

Bruno Guggisberg
Klinikdirektor und Verwaltungsratsmitglied psychiatrische Klinik (Experte)

Margot Hausammann Stalder
dipl. Betriebsökonomin, dipl. Sozialpädagogin (Wirtschaftlichkeitsberechnungen sowie Expertein)

Michael Rolaz
lic.rer.pol., ehemals santésuisse, heute Leiter Finanzen einer psychiatrischen Klinik (Experte)

Verfasserinnen und Verfasser

Dr.rer.publ. Regula Ruffin

Andreas Dvorak, MBA

Lisa Guggenbühl, lic.phil.I, dipl. Sozialarbeiterin

Inhaltsverzeichnis

1 Management Summary	4
2 Auftrag und Vorgehen	6
2.1 Bewerbungsverfahren Spitalliste Psychiatrie	6
2.2 Grundsätzliche Überlegungen zum Vorgehen	8
3 Methodik Kostenkorrektur Wirtschaftlichkeit	9
3.1 Kostenkorrigierende Einflussfaktoren.....	9
3.2 Iteratives Vorgehen zur Bestimmung einer Kostenkorrektur.....	10
4 Methodik Beurteilung von Qualität	14
4.1 Datenbasis.....	14
4.2 Iteratives Vorgehen zur Bestimmung von Qualität.....	14
5 Zusammenfassende Ergebnisse alle Kliniken	19
5.1 Kostenkorrekturfaktor zur Wirtschaftlichkeit.....	19
5.2 Qualität	19
6 Aeskulap-Klinik	21
6.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit.....	21
6.2 Qualität	21
7 Beth Shalom/ Quellenhofstiftung	23
7.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit.....	23
7.2 Qualität	23
8 Clenia Littenheid	25
8.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit.....	25
8.2 Qualität	25
9 Clenia Schlössli	28
9.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit.....	28
9.2 Qualität	28
10 Forel Klinik	30
10.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit.....	30
10.2 Qualität	31
11 Privatklinik Hohenegg	33
11.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit.....	33
11.2 Qualität	34
12 Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw)	36
12.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit.....	36
12.2 Qualität	36
13 Kantonsspital Winterthur, sozialpädiatrisches Zentrum	39
13.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit.....	39
13.2 Qualität	39
14 Kinderspital Zürich, Eleonorenstiftung	41
14.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit.....	41
14.2 Qualität	41
15 Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Zürich	43
15.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit.....	43
15.2 Qualität	43

16 Klinik am Zürichberg	45
16.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit	45
16.2 Qualität	45
17 Klinik Meissenberg	47
17.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit	47
17.2 Qualität	47
18 Klinik Sonnenhof.....	50
18.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit	50
18.2 Qualität	50
19 Modellstation Somosa	52
19.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit	52
19.2 Qualität	52
20 Psychiatristützpunkt Affoltern.....	54
20.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit	54
20.2 Qualität	55
21 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK).....	57
21.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit	57
21.2 Qualität	57
22 Psychiatriezentrum Rheinau.....	59
22.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit	59
22.2 Qualität	60
23 Sanatorium Kilchberg.....	62
23.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit	62
23.2 Qualität	62
24 Spitäler Schaffhausen	64
24.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit	64
24.2 Qualität	64
25 Städtische Gesundheitsdienste – Suchtbehandlung Frankental	66
25.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit	66
25.2 Qualität	67
26 UniversitätsSpital Zürich.....	69
26.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit	69
26.2 Qualität	69
27 Literatur- und Materialienverzeichnis	72

1 Management Summary

Ausgangslage

Für die Evaluation der Bewerber für die Spitalliste Psychiatrie Kanton Zürich kommt ein dreistufiges Selektionsverfahren zur Anwendung. Dabei werden generelle und spezifische Anforderungen an die zukünftige Listenspitäler gestellt und eine Beurteilung nach den Kriterien Wirtschaftlichkeit, Qualität und Zugänglichkeit vorgenommen.

Für die Beurteilung der Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich im Rahmen der Psychiatrieplanung 2012 ein externes Gutachten an die socialdesign ag in Auftrag gegeben. Dieses sollte aus unabhängiger Sicht den Faktor „Qualität“ beurteilen sowie eine Gruppe von Expertinnen und Experten zusammensetzen und koordinieren, um einen möglichen Kostenkorrekturfaktor zur Wirtschaftlichkeit sowie die Qualitätsbeurteilung diskursiv zu begutachten.

Die Gesundheitsdirektion Zürich hat insgesamt **21 Bewerbungen** erhalten, davon 16 Kliniken mit Sitz im Kanton Zürich und 5 Kliniken mit Sitz in Nachbarkantonen (1 St. Gallen, 1 Schaffhausen, 1 Thurgau, 1 Schwyz und 1 Zug). Für die Bewerbung hat die Gesundheitsdirektion Zürich, Abteilung Planung und Investitionen, Fachbereich Psychiatrie, ein als Vorlage gestaltetes **Bewerbungsdossier** erarbeitet, damit die Eingaben der Bewerber vergleichbar sind. Dieses lag ebenfalls per Mitte Dezember 2010 vor und wurde zeitgleich mit dem Konzept Psychiatrieplanung 2012 kommuniziert. Mittels dieser Bewerbungsvorlage konnten sich interessierte Kliniken bis Ende Februar 2011 um einen Spitallistenplatz Psychiatrie im Kanton Zürich bewerben.

Methodik

Das Bewerbungsdossier sollte die vollständig ausgefüllte Bewerbungsunterlage gemäss Vorlage der Gesundheitsdirektion Zürich sowie zusätzliche Dokumente enthalten, welche die Qualität und das Qualitätsmanagement der Klinik belegen (gemäss Register 1.2 sowie Register 4 der Vorlage „Bewerbungsdossier“). In die vorliegende Beurteilung wurden zusätzlich die Homepages der Bewerber einbezogen.

Für die Beurteilung des Kostenkorrekturfaktors wurden im Bewerbungsdossier neben Kostendaten verschiedene Angaben zum Schweregrad wie beispielsweise den Anteil an Fürsorgerischen Freiheitsentzügen erhoben.

Wirtschaftlichkeit und Qualität stellen in der Psychiatrie Themenbereiche dar, für welche keine erhärteten und allgemein akzeptierten Beurteilungsstandards bestehen. Deshalb wurden, basierend auf Theorie und Praxis, für die hier vorliegende Beurteilung entsprechende Kriterien erarbeitet und überprüft. Dies erfolgte mittels eines iterativen Vorgehens, in welchem sich jeweils Datenanalyse und diskursive Expertenreflexion ablösten. Die Datenanalyse beinhaltete die detaillierte Sichtung der Bewerbungsunterlagen sowie Testläufe betreffend Aussagekraft möglicher Kriterien betreffend Kostenkorrektur zur Wirtschaftlichkeit und betreffend Qualität.

Kostenkorrektur Wirtschaftlichkeit

Der Kostenkorrekturfaktor umfasst drei kostenkorrigierende Einflussfaktoren:

1. Einflussfaktor Cluster: Unter einem Cluster wird eine Gruppe von Kliniken mit vergleichbaren Merkmalen (Patientenmix, Behandlungsangebot) verstanden. Es wird zwischen vier Clustern unterschieden: 1) Klinik ohne Grundversorgungsauftrag, 2) Klinik mit Grundversorgungsauftrag, 3) Kinder-/ Jugendpsychiatrie, 4) Spezialisierte psychiatrische Angebote. Die Zugehörigkeit zu einem Cluster ist der wichtigste Indikator bzgl. Schweregrad und daher im Rahmen eines Kostenvergleichs zu berücksichtigen.
2. Einflussfaktor Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE) / Haft
3. Zusätzlicher, fallspezifischer Einflussfaktor

Die Kostenkorrekturfaktoren variieren zwischen 0.800 und 1.400.

Qualität

Da sich das Vorgehen hinsichtlich Qualität auf die schriftliche und digitale Dokumentation (Homepage) stützt, wird der Beleg der Qualitätsbestrebungen beurteilt. Dies erfolgt anhand von sieben Kriterien:

1. Outcome
2. Patientenzufriedenheit
3. Benchmarking
4. Transparenz
5. Critical Incident Reporting System (CIRS)
6. Qualitäts-Konzept (Q-Konzept)
7. Q-Verantwortliche/r (als Indikator für Qualitätsorganisation).

Zu diesen Kriterien werden, wo möglich, die Selbstdeklaration, der Beleg in den Unterlagen sowie der evidente Nachweis der Nutzung im Sinne von RADAR / Qualitätsregelkreis einbezogen. Insgesamt werden maximal 18 qualitätsbezogene Punkte erteilt, welche sich in drei Gruppen ordnen lassen: 1 für minimal belegte Qualitätsbestrebungen (Q-Beurteilung Punkte 0-5), 2 für zufriedenstellend belegte Qualitätsbestrebungen (Q-Beurteilung Punkte 6-11) und 3 für gut belegte Qualitätsbestrebungen (Q-Beurteilung Punkte 12-18). Bei den 21 Kliniken variieren die Ergebnisse zwischen 1 und 18.

2 Auftrag und Vorgehen

2.1 Bewerbungsverfahren Spitalliste Psychiatrie

Anfangs 2010 hat die Gesundheitsdirektion Zürich (GD ZH) das Projekt „Psychiatrieplanung 2012“ lanciert. Dies mit Bezug auf das revidierte Krankenversicherungsgesetz (KVG) vom 21. Dezember 2007, welches den Kantonen vorschreibt die **Spitalplanung** zu überprüfen. Dabei sollte sich das Vorgehen im Zeitplan und Ablauf möglichst an jenem der Spitalliste „Somatische Akutversorgung“ orientieren.

Mit dem Konzept Psychiatrieplanung vom 16. Dezember 2010¹ informierte die Gesundheitsdirektion Zürich über das geplante Vorgehen zur Erfüllung ihres Auftrags. Das Konzept sieht, wie nachfolgend abgebildet, ein **dreistufiges Selektionsverfahren** vor: In einem ersten Schritt wird überprüft, ob die Bewerber die generellen Anforderungen für die Aufnahme auf die Zürcher Spitalliste Psychiatrie 2012 erfüllen. Für die Leistungsbereiche Kinder-/Jugendpsychiatrie und Forensische Psychiatrie wird zusätzlich geprüft, ob die spezifischen Anforderungen für diese Versorgungsbereiche gewährleistet sind. In einem dritten Schritt werden die verbleibenden Bewerber nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Qualität und Zugänglichkeit beurteilt.

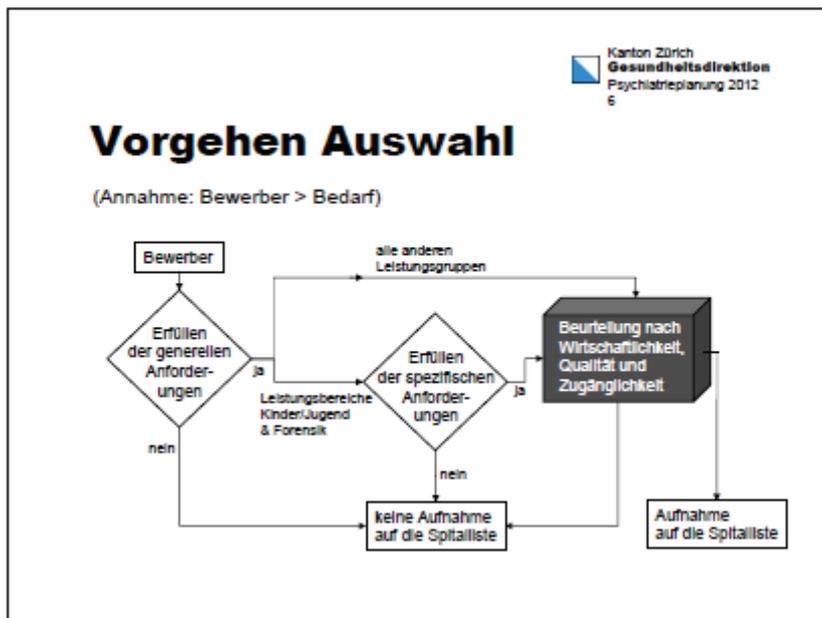


Abbildung 1: Evaluationsverfahren Spitalliste Psychiatrie

Für die Beurteilung der Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität sieht das Konzept Psychiatrieplanung teilweise eine **externe Unterstützung** vor. Diese sollte aus unabhängiger Sicht den Faktor „Qualität“ beurteilen sowie eine Gruppe von Expertinnen und Experten zusammensetzen und koordinieren, um einen möglichen Kostenkorrekturfaktor zur Wirtschaftlichkeit sowie die Qualitätsbeurteilung diskursiv zu begutachten. Die Expertinnen und Experten sollten dabei keine Eigeninteressen betreffend die Psychiatrieversorgung im Kanton Zürich aufweisen und gleichzeitig über detaillierte Kenntnisse zu Psychiatrie, Wirtschaftlichkeit und Qualitätsmanagement verfügen.

Konkret erfolgte das oben dargestellte Evaluationsverfahren wie folgt:

¹ Vgl. www.gd.zh.ch/psych2012 (12.07.2011).

	Beurteilungsschritte	Fragestellungen / Beurteilungskriterien	Bearbeitung durch:
1	Generelle Anforderungen	Erfüllt der Bewerber die Vorgaben gemäss Spitalfinanzierungsgesetz (SPFG), Anforderungen bezüglich Konzepte, Prozesse und Strukturen oder die Offenlegung der Leistungs- und Kostendaten, etc.?	Gesundheitsdirektion Zürich
2	Spezifische Anforderungen	Erfüllen Bewerber für den Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der forensischen Psychiatrie die damit verbundenen spezifischen Anforderungen?	Gesundheitsdirektion Zürich
3	Beurteilung der WQZ-Kriterien <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wirtschaftlichkeit ▪ Qualität ▪ Zugänglichkeit 	Erbringt der Bewerber seine Leistungen wirtschaftlich?	Bearbeitung in zwei Schritten: a) Kostenkorrekturfaktor: socialdesign unter Einbezug einer externen Expertengruppe b) Wirtschaftlichkeitsberechnung: Gesundheitsdirektion Zürich
		Erbringt der Bewerber seine Leistungen in der notwendigen Qualität?	socialdesign, unter Einbezug einer externen Expertengruppe
		Wie gut sind die Leistungen des Bewerbers für die Bevölkerung aus dem Kanton Zürich zugänglich?	Gesundheitsdirektion Zürich
		Wie verhalten sich die drei Faktoren Wirtschaftlichkeit, Qualität und Zugänglichkeit insgesamt (wobei diese Faktoren im Verhältnis 1:1:1 gewichtet werden)?	Gesundheitsdirektion Zürich

Tabelle 1: Bewerbungsverfahren Spitalliste Psychiatrie Kanton Zürich

Für die Bewerbung hat die Gesundheitsdirektion Zürich, Abteilung Planung und Investitionen, Fachbereich Psychiatrie, ein als Vorlage gestaltetes **Bewerbungsdossier** erarbeitet, damit die Eingaben der Bewerber vergleichbar sind. Dieses lag ebenfalls per Mitte Dezember 2010 vor und wurde zeitgleich mit dem Konzept Psychiatrieplanung 2012 kommuniziert. Mittels dieser Bewerbungsvorlage konnten sich interessierte Kliniken bis Ende Februar 2011 um einen Spitalistenplatz Psychiatrie im Kanton Zürich bewerben. Das Bewerbungsdossier sollte die folgenden Dokumente enthalten:

- vollständig ausgefüllte Bewerbungsunterlagen gemäss Vorlage der Gesundheitsdirektion Zürich
- zusätzliche Dokumente, welche die Qualität und das Qualitätsmanagement der Klinik belegen (gemäss Register 1.2 sowie Register 4 der Vorlage „Bewerbungsdossier“)

Die Gesundheitsdirektion Zürich hat insgesamt **21 Bewerbungen** erhalten, davon 16 Kliniken mit Sitz im Kanton Zürich und 5 Kliniken mit Sitz in Nachbarkantonen (1 St. Gallen, 1 Schaffhausen, 1 Thurgau, 1 Schwyz und 1 Zug).

2.2 Grundsätzliche Überlegungen zum Vorgehen

Die nachfolgenden grundsätzlichen Überlegungen beziehen sich nicht auf das gesamte Evaluationsverfahren betreffend Psychiatrieplanung 2012, sondern ausschliesslich auf die Bestandteile des externen Auftrags „Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit“ sowie „Beurteilung Qualität“.

Wirtschaftlichkeit und Qualität stellen in der Psychiatrie Themenbereiche dar, für welche **keine erhärteten und allgemein akzeptierten Beurteilungsstandards** bestehen. Deshalb wurden, basierend auf Theorie und Praxis, für die hier vorliegende Beurteilung entsprechende Kriterien erarbeitet und überprüft. Dies erfolgte mittels eines iterativen Vorgehens, in welchem sich jeweils Datenanalyse und diskursive Expertenreflexion ablösten. Die Datenanalyse beinhaltete die detaillierte Sichtung der Bewerbungsunterlagen sowie Testläufe betreffend der Aussagekraft möglicher Kriterien betreffend Kostenkorrektur Wirtschaftlichkeit und betreffend Qualität.

Expertinnen und Experten² sind Personen, welche über spezifisches fachliches und/oder methodisches Wissen verfügen. Im hier vorliegenden Falle handelt es sich insbesondere über Wissen betreffend der Patienten- und Kostenstruktur in der psychiatrischen Versorgung (um Aussagen hinsichtlich der Fallschwere vornehmen zu können) sowie von Qualitätsmanagement im psychiatrischen Kontext. Ein Wissensbestand wird dann als Expertenwissen bezeichnet, wenn dieses umfangreicher und detaillierter ist als dasjenige, welches durchschnittlich von einer Person angenommen werden kann, welche mit den Themen Kosten und Qualität in anderen Bereichen resp. hauptsächlich mit anderen Themen in der Psychiatrie beschäftigt ist. Alle einbezogenen Expertinnen und Experten verfügen über exklusives Wissen und Erfahrungen bezogen auf Wirtschaftlichkeit, Qualität und Psychiatrie, wobei darauf geachtet wurde, dass unterschiedliche Akteursgruppen (Vertretende Kostenträger / Leistungserbringer, Vertretende unterschiedlicher Berufs- und Funktionsgruppen in der Psychiatrie) sowie Personen mit näherer und grösserer Distanz zur Alltagspraxis in der Psychiatrie involviert waren.

Im iterativen Vorgehen erfolgte die Gesamtprojektleitung und Berichtserstellung durch socialdesign (Dr.rer.publ. Regula Ruffin, lic.phil., Andreas Dvorak, MBA und Lisa Guggenbühl, lic.phil., dipl. Sozialarbeiterin), die diskursive Reflexion erfolgte mittels Gesamt- und Teilsitzungen sowie mittels elektronischer Korrespondenz und Telefongesprächen mit den Mitgliedern der Expertengruppe:

- Dr.rer.nat. Ulrike Borst, ehemals Leiterin Qualitätsmanagement (QM) in einer psychiatrischen Klinik, heute frei praktizierende Psychotherapeutin und Organisationsberaterin (Konzeption Qualität sowie Expertin)
- Margot Hausammann Stalder, dipl. Betriebsökonomin, dipl. Sozialpädagogin (Wirtschaftlichkeitsberechnungen sowie Expertin)
- Dr.med. Daniel Bielinski, Chefarzt PDAG, Vorstandsmitglied Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Chefärzte (SVPC), Vizepräsident Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) (Experte)
- Dr.phil. Urs Braun, Leitender Psychologe einer psychiatrischen Klinik, ehemals Leiter QM in zwei psychiatrischen Kliniken (Experte)
- Bruno Guggisberg, Klinikdirektor und Verwaltungsratsmitglied einer psychiatrischen Klinik (Experte)
- Michael Rolaz, lic.rer.pol., ehemals santésuisse, heute Leiter Finanzen einer psychiatrischen Klinik (Experte).

Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass die Kostendaten in psychiatrischen Kliniken heterogen sind.³ Dies erschwert die Vergleichbarkeit von Kostendaten, schliesst eine solche aber nicht aus, vorausgesetzt die Kosten werden in genügend grossen Einheiten verglichen. Basierend auf der von der Gesundheitsdirektion Zürich vorgegebenen Bewerbungsvorlage wurden mögliche **Korrekturfaktoren bzgl. Fallschwere** intensiv diskutiert. Um zu eruieren, ob mögliche kostenkorrigierende Faktoren auch tatsächlich in der Lage sind einen Beitrag zur

² Zum Einbezug von Expert/innen vgl. Meuser/ Nagel 1991.

³ Unterschiede in den Kostendaten stellen sich u.a. ein durch das Führen unterschiedlicher Kostenberechnungen (bspw. nach Rekole oder nach anrechenbaren Kosten gemäss VKL - Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung), durch die Art und Weise der Handhabung von Investitionskosten, Umlage von Gemeinkosten, Verteilung von Fixkosten und variablen Kosten sowie durch die Verteilung von Sachkosten und Personalkosten.

Wirtschaftlichkeitsbeurteilung zu leisten, wurden diese im Rahmen konkreter Wirtschaftlichkeitsberechnungen mittels der von den Bewerbern eingereichten Kostendaten getestet.

Im Rahmen von **Qualitätsprüfungen** (wie Evaluationen, Zertifizierungsaudits) wird üblicherweise sowohl die vorhandene schriftliche Dokumentation als auch die konkrete Praxisumsetzung vor Ort überprüft (bspw. durch Befragung der Mitarbeitenden und Führungspersonen, teilnehmende Beobachtung am Klinikalltag, Analyse der schriftlichen Umsetzung in Patientenakten und/oder CIRS-Meldungen). Es handelt sich dabei jedoch um Zertifizierungsaudits, Peer Reviews und/oder Monitoring-/Controlling-Vorgehen im Rahmen bestehender Leistungsvertragsbeziehungen.⁴

Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens Spitalliste Psychiatrie erfolgt die Qualitätsprüfung ausschliesslich aufgrund der eingereichten schriftlichen Unterlagen. Die Beurteilung bezieht sich somit insbesondere auf den Beleg der Qualitätsbestrebungen. Wie Theorie und Praxis des Qualitätsmanagement⁵ zeigen, ist damit nicht zwingend eine kausale Aussage über die effektive Qualität der Behandlung möglich. Die Spitäler sind jedoch seit 1997 nach Krankenversicherungsgesetz KVG verpflichtet, ihre Qualität zu sichern und diese entsprechend nachzuweisen. In diesem Kontext wird es daher als legitim erachtet, die für die hier vorzunehmende Qualitätsbeurteilung vorliegenden schriftlichen Informationen als Beurteilungsgrundlage zu verwenden, um im Sinne einer hinreichenden Annäherung auf den Beurteilungsfaktor „Qualität“ im Rahmen des Strukturberichts Psychiatrieplanung 2012 eine Bewertung vorzunehmen. Ergänzend wurden zusätzlich auch die auf den Homepages der Bewerber vorliegenden Informationen einbezogen.

Der hier vorliegende Bericht bzgl. des Kostenkorrekturfaktors zur Wirtschaftlichkeit und Beurteilung der Qualitätsbestrebungen wurde im Auftrag der Gesundheitsdirektion Zürich zur Unterstützung im Evaluationsverfahren für die Spitalliste Psychiatrie 2012 erstellt. Die Resultate sollen hierfür nutzbar sein. Die Verfassenden sowie die Expertinnen und Experten erhoffen sich, dass der vorliegende Bericht darüber hinaus zur aktuellen und weiterzuführenden Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsdiskussion in der stationären Psychiatrie beiträgt.

3 Methodik Kostenkorrektur Wirtschaftlichkeit

3.1 Kostenkorrigierende Einflussfaktoren

Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in der Psychiatrie erachten die Expertinnen und Experten insbesondere folgende Kennzahlen als relevant:

1. Erbrachte Pflagestage eines Jahres, wenn möglich differenziert nach Fallgruppen (im Sinne von Diagnosegruppen)
2. Stationäre Kosten eines Jahres (fixe und variable Kosten; anrechenbare und nicht anrechenbare Kosten)
3. Durchschnittliche mittlere Aufenthaltsdauer (insgesamt sowie je Fallgruppe)
4. Durchschnittliche Auslastung (je Fallgruppe oder Abteilung).

Diese Kennzahlen stehen in Abhängigkeit zum Schweregrad der behandelten Patienten und Patientinnen. Der Patientenschweregrad (im Swiss-DRG-System Case-Mix-Index) beeinflusst die betriebswirtschaftlichen Kennzahlen. Da in der Psychiatrie kein Case-Mix-Index besteht, ist es erforderlich, den Patientenschweregrad indirekt über kostenkorrigierende Einflussfaktoren zu eruieren, welche zusammen einen Kostenkorrekturfaktor ergeben, mit welchem die betriebswirtschaftlichen Kennzahlen schweregradbereinigt werden können. Ein Korrekturfaktor⁶ gibt an, um wie viel die Kosten pro Einheit (wie Tagespauschalen, Fallpauschalen)⁷ zu korrigieren sind,

⁴ Vgl. bspw. Baartmans/Geng 2006, 50; Bungartz/Henke 2011; Dvorak/Rufin 2007, 11-143; Guggenbühl 1999; Rufin 2009, 70f.; Seghezzi 2002.

⁵ Vgl. bspw. Bruhn 2006; Donzallaz 2007; Klusen et al. 2011; Seghezzi 2002;

⁶ Zu Korrekturfaktoren in Wirtschaftlichkeitsberechnungen vgl. Kieser 2011.

⁷ Bzgl. der fallbezogenen Kosten weisen die Expertinnen und Experten daraufhin, dass die Anzahl psychiatrischer Behandlungen (= Fallzahlen) grösser ist als die Anzahl behandelte Patientinnen und Patienten (vgl. hierzu auch obsan 2008). Die Kostenkorrektur bezieht sich somit auf Einheiten, welche gewisse Verzerrungen aufweisen

damit in einem Vergleich der Kosten die Besonderheiten der einzelnen Bewerber angemessen berücksichtigt werden.

Der nachfolgende vorgeschlagene Kostenkorrekturfaktor umfasst drei kostenkorrigierende Einflussfaktoren:

- a) *Einflussfaktor Cluster*: Unter einem Cluster wird *eine Gruppe* von Kliniken mit vergleichbaren Merkmalen (Patientenmix, Behandlungsangebot) verstanden. Es wird zwischen folgenden Clustern unterschieden: *Klinik ohne Grundversorgungsauftrag, Klinik mit Grundversorgungsauftrag, Kinder-/ Jugendpsychiatrie, spezialisierte psychiatrische Angebote*
- b) *Einflussfaktor FFE/Haft*
- c) *Zusätzlicher fallspezifischer Einflussfaktor*

Wie diese Einflussfaktoren ermittelt wurden und was sie konkret beinhalten, wird im nachfolgenden Kapitel dargelegt.

3.2 Iteratives Vorgehen zur Bestimmung einer Kostenkorrektur

Die Bewerbungsvorlage der Gesundheitsdirektion Zürich beinhaltet verschiedene Faktoren, welche zur Einschätzung der Fallschwere dienen. Diese Faktoren wurden in einem **ersten Schritt** sowohl einzeln wie auch in der Kombination untereinander von der Expertengruppe intensiv diskutiert. Dabei stellten sich verschiedene Herausforderungen:

- Verschiedene Faktoren können unterschiedlich interpretiert werden (bspw. „Notfalleintritte“). Damit muss vermutet werden, dass die Datenbasis unzureichend reliabel ist und somit nur bedingt einen Beitrag zur stringenten Beurteilung der Fallschwere leisten kann.
- Einzelne Faktoren verstärken sich gegenseitig, womit diese im Vergleich zu anderen überbewertet werden und eine Verzerrung der Fallschwere bewirken können (bspw. unfreiwillige Eintritte gemäss FFE/Haft und Notwendigkeit von Sicherheitsvorkehrungen).
- Verschiedene in den Bewerbungsunterlagen aufgeführte Faktoren wurden von den Bewerbern leer oder mit einem hohen Anteil der Antwortkategorie „übrige“ ausgefüllt. Dadurch wurden diese für eine Beurteilung der Fallschwere obsolet, da damit die Kostenkorrektur zwar für einen Teil, aber nicht für alle Bewerber hätte erstellt werden können. Resp. es wäre nicht bekannt gewesen, ob der hohe Anteil „andere“ die Kostenkorrektur zu Gunsten resp. zu Ungunsten des einen oder anderen Bewerbers verzerrt hätte.⁸
- Näher geprüft wurde eine mögliche Einschätzung der Fallschwere aufgrund der erhobenen Abteilungen. Um diese gewichten zu können, erfolgte im April 2011 eine zusätzliche Datenerhebung bei den Bewerbern, um die Grösse der jeweiligen Abteilungen eruieren zu können. Damit wurde versuchsweise eine Einteilung der Abteilungen in Schweregrade und eine Gewichtung mit Bezug zur konkreten Bettenanzahl vorgenommen. In der Detaildiskussion der diesbezüglichen Ergebnisse zusammen mit den Expertinnen und Experten wurde der Faktor „Abteilungsart“ jedoch als Schweregradindikator verworfen. Denn heute verfügt ein Grossteil der Kliniken über schliessbare Abteilungen mit einem Intensivbereich. Der Aufenthalt auf der geschlossenen Station beschreibt also nicht primär den Schweregrad der Patient/innen. Die Handhabung von Abteilungsarten und die diesbezüglich zur Verfügung gestellte Infrastruktur widerspiegelt hingegen vielmehr ein Behandlungskonzept.

Die Expertinnen und Experten nahmen daher in einem **zweiten Schritt** einen globaleren Blick auf das stationäre psychiatrische Angebot und diskutierten, welche zentralen Faktoren Einfluss auf die Kostenstruktur einer psychiatrischen Klinik haben. Sie stellten dabei die Hypothese auf, dass vier Faktoren die Vergleichbarkeit von Kosten psychiatrischer Kliniken beeinflussen:

können, wenn eine Klinik eine hohe Zahl an Wiedereintritten verzeichnet und diese allenfalls auf eine kleine Anzahl an Patientinnen und Patienten zurückführbar sind. Bzgl. Wiedereintritte besteht jedoch in der Psychiatrie keine einheitliche Codierung (Unterschiede stellen sich bspw. in Abhängigkeit der Handhabung von Behandlungsunterbrüchen oder von Möglichkeiten des Stationsübertritts innerhalb derselben Klinik ein).

⁸ Ein Beispiel für Unschärfen sind Diagnosegruppen. Hierzu ist überdies anzuführen, dass zusätzlich zu den unterschiedlich ausgefüllten Bewerbungsunterlagen im Rahmen der psychiatrischen Diagnostik verschiedene Unschärfen bestehen, wie die Erhebungen PSYREC-KTR im Kanton Zürich mittels des AMDP und auch die Erfahrungen im ANQ Pilotprojekt Psychiatrie zeigten.

1. Altersstruktur der Patientinnen und Patienten, insbesondere Kinder/Jugendliche im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie (inkl. Gerontopsychiatrie)
2. Behandlungsangebot im Sinne von therapeutischer Spezialisierung
3. Klinik mit resp. ohne Grundangebotsauftrag
4. Nähe des psychiatrischen zum somatischen Angebot

Um die Aussagekraft dieser Einflussfaktoren auf die Kosten psychiatrischer Kliniken zu überprüfen, wurden – basierend auf den Bewerbungsunterlagen sowie den Informationen auf der Homepage – die Bewerber in verschiedene Gruppen eingeteilt. Diese Gruppen werden im hier vorliegenden Bericht als „Cluster“ bezeichnet: darunter wird eine Gruppe von Kliniken mit vergleichbaren Merkmalen (Patientenmix, Behandlungsangebot) verstanden. Dabei zeigte sich, dass Kliniken mit grosser Nähe zu einem somatischen Angebot jeweils auch einem anderen Cluster zugeordnet werden könnten und dieses Cluster gleichzeitig mengenmässig kleiner ist als die übrigen. Die Nähe zum somatischen Angebot wurde als Einflussfaktor daher verworfen.

Es wurden die folgenden vier Cluster mit kategorialen Merkmalen gebildet:

1. *Cluster ohne Grundversorgungsauftrag*: Behandlung der von der Klinik definierten Klientel, wobei das Angebot hinsichtlich zu behandelnder Diagnosen und Patient/innen breit sein kann (im Unterschied zu den spezialisierten Angeboten); da keine Aufnahmepflicht besteht, handelt es sich tendenziell eher um freiwillige, planbare Eintritte sowie um Behandlungen eher leichter Fälle im Vergleich zu Kliniken mit Aufnahmepflicht.
2. *Cluster mit Grundversorgungsauftrag*: Pflicht zur Sicherstellung der Versorgung für alle Patientinnen und Patienten, dies beinhaltet Aufnahmepflicht in jedem Falle (Notfallaufnahmen, Kriseninterventionen).
3. *Cluster Kinder-/Jugendpsychiatrie*: Behandlung von Kindern und Jugendlichen unter im Vergleich zu den übrigen Clustern erhöhter Betreuungs- und Therapieintensität, erhöhtem Einbezug ihres Umfelds sowie tendenziell längerer Behandlungsdauer^{9,10}.
4. *Cluster Spezial (spezialisierte psychiatrische Angebote)*: Behandlung einer spezifischen Patientengruppe mit bestimmten Krankheitsmerkmalen; es handelt sich dabei mehrheitlich um Suchttherapieeinrichtungen.

Weiter wurden nach der Cluster-Bildung die Fall- sowie Tagespauschalen der Bewerber näher betrachtet, um zu eruieren, ob sich eine gewisse kostenbezogene Tendenz in den Clustern abzeichnet und somit die Zuordnung zu einem Cluster eine indirekte Schweregradbeurteilung ermöglichen würde. Zwar bestehen innerhalb aller vier Cluster Unterschiede zwischen den Bewerbern. Nichtsdestotrotz zeigte sich pro Cluster eine gewisse Grössenordnung der Kosten im Vergleich zu den anderen Clustern.¹¹

Die Clusterzuordnung gestaltet sich wie folgt:

⁹ Die Expertinnen und Experten verweisen hierbei auf eine längere Behandlungsdauer im Hinblick auf Nachhaltigkeit unter Einbezug des Herkunftsmilieus sowie, da eine Rückplatzierung in das Ursprungsmilieu oft nicht möglich ist, auf den Zeitbedarf zur Suche einer angemessenen Anschlusslösung.

¹⁰ Die im Rahmen des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots erbrachten schulischen Leistungen sind nicht Bestandteil der im Rahmen des KVGs vergüteten Kosten der Kinder- und Jugendpsychiatrien.

¹¹ Ebenfalls wurde überprüft, ob allenfalls die Klinikgrösse, gemessen an der Anzahl Betten, einen Einfluss auf die Unterschiede innerhalb der Clusters aufweist. Hier zeigte sich jedoch kein klarer Zusammenhang, weshalb dieser Aspekt nicht in die Beurteilung mit einbezogen wurde, auch wenn die Frage nach der Mindestgrösse für eine wirtschaftliche psychiatrische Behandlung (im Rahmen einer psychiatrischen Klinik sowie als psychiatrisches Spezialangebot im Rahmen einer akutsomatischen Versorgung) von den Expertinnen und Experten diskutiert wurde.

Übersicht über die vier Cluster
Cluster ohne Grundversorgungsauftrag <ul style="list-style-type: none">▪ Aeskulap▪ Hohenegg▪ Klinik am Zürichberg▪ Klinik Meissenberg
Cluster mit Grundversorgungsauftrag <ul style="list-style-type: none">▪ Clenia Schlössli▪ ipw – Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland▪ Psychiatriestützpunkt Affoltern▪ PUK – Psych. Univ. Klinik▪ Sanatorium Kilchberg▪ Spitäler Schaffhausen, Psychiatriezentrum Breitenau▪ Psychiatriezentrum Rheinau
Cluster Kinder- und Jugendpsychiatrie <ul style="list-style-type: none">▪ Clenia Littenheid▪ KJPD▪ Kantonsspital Winterthur, sozialpädiatrisches Zentrum▪ Kinderspital Zürich, Eleonorenstiftung▪ Klinik Sonnenhof▪ Modellstation SOMOSA
Cluster Spezial <ul style="list-style-type: none">▪ Beth Shalom▪ Forel Klinik▪ Frankental▪ Universitätsspital Zürich

Tabelle 2: Übersicht Cluster

In einem **dritten Schritt** wurden nochmals die im Bewerbungsdossier abgebildeten potentiellen Einflussfaktoren auf den Schweregrad betrachtet mit der Fragestellung, ob allenfalls gewisse Faktoren nach wie vor auf einen Vergleich der Kosten verzerrend wirken könnten und daher in einen Kostenkorrekturfaktor einzubeziehen wären. Bei dieser Diskussion stellten sich einerseits die bereits im ersten Schritt eruierten Herausforderungen wiederum ein. Andererseits konnte effektiv ein klarer weiterer Einflussfaktor eruiert werden: der Anteil an unfreiwilligen Eintritten aufgrund von FFE (Fürsorgerischer Freiheitsentzug) oder von Haft. Dies beeinflusst die Ablaufprozesse sowie die Tätigkeiten, welche klinikseitig bei Eintritt vorzunehmen sind und ist gleichzeitig ein Hinweis auf den Schweregrad der Erkrankung resp. die mangelnde Krankheitseinsicht der Patienten: beides erhöht die Komplexität der Behandlung und wirkt auf die damit verbundenen personellen, prozessbezogenen sowie infrastrukturbezogenen Kosten ein.¹²

In einem **vierten Schritt** wurden die Kostenkorrekturfaktoren „Cluster-Zuteilung“ sowie „FFE/Haft“ pro sich bewerbende Klinik überprüft. Dabei zeigten sich teilweise Abweichungen bei Kliniken, welche nicht dem Cluster „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ zugeteilt worden waren, jedoch im Vergleich zu anderen Kliniken einen höheren Anteil an Kinder- und Jugendlichen im Vergleich zur Gesamtpatientenpopulation aufweisen resp. aufgrund ihres spezialisierten Angebots angenommen werden kann, dass sie eher jüngere Erwachsene behandeln. Dies sollte daher im Kostenkorrekturfaktor mit berücksichtigt werden.

Nach der Festlegung der kostenkorrigierenden Einflussfaktoren wurden diese im **fünften Schritt** quantifiziert:

¹² Die Expertinnen und Experten verwiesen darauf, dass FFE und Haft im Prinzip nur den Zugangsweg in die Klinik beschreiben und diese Weiche von einem Arzt oder einer Ärztin ausserhalb der Klinik aufgrund seiner bzw. ihrer Einschätzung resp. durch das Gericht und die einweisende Vollzugsbehörde gestellt wird. Der Klinik kommt dann die Aufgabe zu, einen FFE-Entscheid zu bestätigen oder aufzuheben. Somit ist es nicht zwingend kausal, dass ein Fürsorgerischer Freiheitsentzug oder eine Hafteinweisung auch einen psychiatrisch schweren Fall darstellen, grossmehrheitlich bestätigt die klinische Praxis jedoch einen solchen Zusammenhang.

a) *Kostenkorrigierender Einflussfaktor Cluster:*

- Hierbei wurde als Ausgangspunkt das Cluster „Kliniken mit Grundversorgungsauftrag“ genommen, da dieses die Versorgung der Gesamtbevölkerung gewährleistet. Ihre Kosten sollten mit dem Faktor 1 (also effektive Kosten) verrechnet werden.
- Das Cluster Kinder- und Jugendpsychiatrische Angebot erhält einen Kostenkorrekturfaktor von 1.2, da die Behandlungsintensität durch den zwingenden Einbezug des Umfelds, die eher längere Aufenthaltsdauer und die kleineren Fallzahlen kostentreibend wirken.
- Das Cluster ohne Grundversorgungsauftrag wird mit dem Faktor 0.8 kostenkorrigiert, da diesbezügliche Kliniken über eher planbare und freiwillige Eintritte und Aufenthalte aufweisen sowie erfahrungsgemäss bei erschwerten Bedingungen die Patientinnen und Patienten in Kliniken mit Grundversorgungsauftrag überweisen.
- Das Cluster „Spezial“ wird mit 0.8 kostenkorrigiert, da die Behandlungskomplexität durch die Konzentration des Angebots auf eine spezifische Klientel kostenbezogen verringert ist und die längere Behandlungsdauer eher planbar ist.

b) *Kostenkorrigierender Einflussfaktor FFE/Haft:*

Die Bewerber weisen Anteile von 0% bis 60 % FFE/ Haft auf. Die Gewichtung dieses Kostenkorrekturfaktors sollte eine Verhältnismässigkeit zur Gewichtung nach Clustern aufweisen. Die Expertinnen und Experten erachteten einen Kostenkorrekturfaktor angemessen, welcher 1/3 der im Bewerbungsdossier von den Bewerbern angegebenen prozentualen Anteilen entspricht (= %-FFE-Haft / 3).

c) *Zusätzlicher, spezifischer kostenkorrigierender Einflussfaktor:*

Eine zusätzliche Kostenkorrektur drängt sich bei drei Bewerbern auf:

- Bewerber „Beth Shalom“ mit einem Anteil von 22% Kindern und Jugendlichen an der Gesamtpatientenpopulation (übrige Spitäler, welche nicht dem Cluster Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeordnet sind: 1-7% Anteil Kinder und Jugendliche). Hierbei wird ein Spezialkorrekturfaktor von 0.044 zugeschlagen (= Erhöhter Faktor für Kinder- und Jugendpsychiatrie 0.2 / Anteil Kinder-Jugendliche von 22%).
- Bewerber Universitätsspital Zürich, welches sich mit der Spezialabteilung für schwere Essstörungen für die Spitalliste Psychiatrie bewirbt: Bei einer näheren Kostenanalyse zeigt sich, dass diese gegenüber den Vergleichskliniken im Cluster Spezial eindeutig erhöhte Kosten aufweist, hingegen eindeutig tiefere Kosten als die Kliniken im Cluster Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aufgrund der Einschätzung der Mehrheit der Expertinnen und Experten kann davon ausgegangen werden, dass in diesem Angebot ein substantieller Anteil junger Erwachsener (18 bis 25 Jahre) behandelt wird, womit das Behandlungsangebot teilweise eher mit jenem der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu vergleichen wäre. Erhöht werden dabei die Aufwendungen durch zusätzliche somatische Leistungen (Zwangsernährung). Hierzu wird ein Spezialkorrekturfaktor von 0.1 zugeschlagen.
- Bewerber Psychiatriezentrum Rheinau: Das Psychiatriezentrum weist einerseits mit gut der Hälfte der Plätze ein rehabilitatives Angebot auf, sowie andererseits mit knapp der Hälfte der Plätze, als einzige psychiatrische Klinik im Kanton Zürich ein forensisches Angebot. Dieses ist zwar bereits abgedeckt durch den Einbezug des Anteils FFE/Haft, eine forensische Infrastruktur bedarf jedoch im Vergleich zu anderen psychiatrischen Kliniken erhöhter Sicherheitsaufwendungen sowie zusätzlicher Ablaufprozesse durch die Koordination von Behandlungsprozessen mit Strafvollzugsprozessen. Hierbei wird ein Spezialkorrekturfaktor von 0.2 zugeschlagen.

Die Formel für den **Kostenkorrekturfaktor** pro Bewerber ergibt sich **zusammengefasst** wie folgt:

Kostenkorrekturfaktor
= Korrekturfaktor Cluster + (Prozentualer Anteil FFE-Haft / 3) + Spezialkorrekturfaktor

Abbildung 2: Formel Berechnung Kostenkorrekturfaktor Bewerber Spitalliste Psychiatrie

4 Methodik Beurteilung von Qualität

4.1 Datenbasis

Die Beurteilung der Qualität basiert ausschliesslich auf den Unterlagen, welche von den Bewerbern bei der Gesundheitsdirektion Zürich zusammen mit dem Bewerbungsdossier eingereicht wurden sowie auf den öffentlich auf der Homepage der Klinik zugänglichen Informationen. Die **Beurteilung** bezieht sich somit insbesondere auf den **Beleg der Qualitätsbestrebungen**. Wie Theorie und Praxis des Qualitätsmanagement¹³ zeigen, ist damit nicht zwingend eine kausale Aussage über die effektive Qualität der Behandlung möglich. Die Spitäler sind jedoch seit 1997 nach Krankenversicherungsgesetz KVG verpflichtet, ihre Qualität zu sichern und diese entsprechend nachzuweisen. In diesem Kontext wird es daher als legitim erachtet, die für die hier vorzunehmende Qualitätsbeurteilung vorliegenden Informationen (Dokumente gemäss Selbsterklärung der Kliniken sowie Homepages) als Beurteilungsgrundlage zu verwenden, um im Sinne einer hinreichenden Annäherung auf den Beurteilungsfaktor „Qualität“ im Rahmen des Strukturberichts Psychiatrieplanung 2012 eine Bewertung vorzunehmen.

Da die Kliniken frei waren, ob und welche konzeptionellen und/oder konkreten, qualitätsbezogene Unterlagen mit der Bewerbung eingereicht werden, gestaltete sich die **Datenbasis** je nach Bewerber unterschiedlich. Gewisse Kliniken haben hier sehr umfassend informiert (mittels Beilage ganzer Qualitäts-Handbücher), andere nur wenige Qualitätsbestrebungen beigelegt. Teilweise wurde, wie in der Korrespondenz mitgeteilt wurde, aus Gründen des Unternehmensgeheimnisses, darauf verzichtet, gewisse Unterlagen einzureichen. Die Expertinnen und Experten waren sich einig, dass mit einer Bewerbung grundsätzlich alle mit dem Thema in Zusammenhang stehenden möglichen Unterlagen einzureichen wären. Gemäss den KVG-Anforderungen wären qualitätsbezogene Informationen den Kostenträgern auch transparent zu machen, für entsprechende Vorbehalte bestünden keine Grundlagen. Welche Dokumente hätten eingereicht werden können, ist aufgrund der qualitätsbezogenen Fragen im Register 1.2 sowie aufgrund der Darlegungen hinsichtlich weiterer möglicher erwünschter Informationen in Register 4 der Bewerbungsunterlage herzuleiten.

4.2 Iteratives Vorgehen zur Bestimmung von Qualität

Die Expert/innen haben sich mit unterschiedlichen Möglichkeiten, Qualität zu beurteilen auseinandergesetzt und iterativ das Beurteilungsmodell entwickelt. Dabei bestand Konsens darüber, dass es im Zusammenhang mit der Spitalliste Psychiatrie nicht darum geht, eine bestmögliche Qualität zu eruieren, sondern die nach Art 49 Abs. 1 KVG geforderte „notwendige“ Qualität.

In einem **ersten Schritt** erfolgte eine intensive Diskussion hinsichtlich der Frage, wie dokumentenbasiert eine Qualitätsbewertung vorgenommen werden kann und zwar so, dass im Sinne von Donabedian¹⁴ alle Qualitätsebenen - Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – berücksichtigt werden können. Um eine systematische Beurteilung vornehmen zu können, wurde eruiert, ob an das vorliegende Material Fragestellungen in Anlehnung an das EFQM formuliert werden könnten.¹⁵ Das EFQM – Qualitätsmanagement des European Forum for Quality Management – ist ein Qualitätsmanagementsystem, welches verschiedenerorts in der stationären Psychiatrie eingesetzt wird und aufgrund seiner umfassenden Inhalte sowie seiner expliziten Lernorientierung vielerorts auf positive Resonanz stösst. EFQM-Assessments beinhalten eine Fülle von Fragestellungen auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene. Es wurden für die hier vorliegende Qualitätsbeurteilung jene aufgegriffen, welche aus den schriftlichen Unterlagen beantwortet werden können.

Darauf folgte mit den so eruierten Fragestellungen ein Testlauf. Es zeigte sich jedoch, dass mit den Fragestellungen nach EFQM eine zu starke Systembindung erfolgt wäre, welche aus Sicht verschiedener Expertinnen und Experten die Vielfalt der in der stationären Psychiatrie Anwendung findenden QM-Systematiken zu wenig berücksichtigt hätte. Aufgenommen wurde daraus

¹³ Vgl. bspw. Donzallaz 2007; Guggenbühl 1999; Seghezzi 2002.

¹⁴ Vgl. Donabedian 1980.

¹⁵ Zum EFQM vgl. Borst et al. 2004; EFQM 2003a/b.

jedoch die Idee, dass die Qualitätsumsetzung gemäss RADAR in die Bewertung einfließen sollte. Die RADAR-Logik fokussiert auf das kontinuierliche, systematische Lernen: Ergebnisse festlegen (Results), die Umsetzung planen und umsetzen (Approach und Deployment), die Umsetzung evaluieren (Assessment) und Handlungsmassnahmen ableiten, umsetzen und überprüfen (Review). In anderen Worten, es soll aus den Bewerbungsunterlagen eruiert werden, inwiefern die Umsetzung des Qualitäts-Regelkreises¹⁶ erkennbar ist:

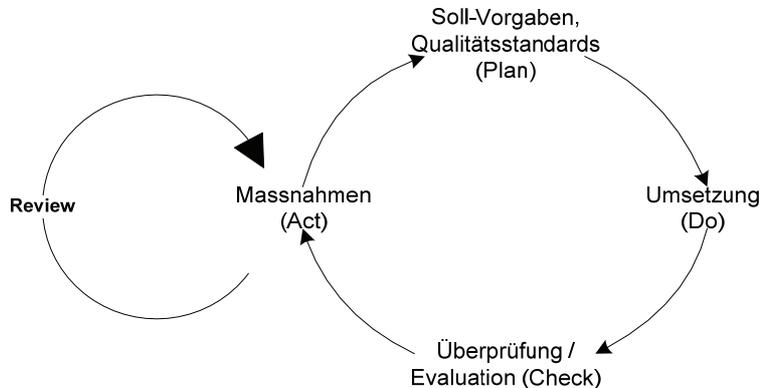


Abbildung 3: RADAR resp. Qualitäts-Regelkreis

In einem **zweiten Schritt** wurde ein anderer Zugang zu einer möglichen Beurteilung der Qualität gesucht: die Fokussierung auf Outcome-bezogene Kriterien gemäss Hinweisen in Register 4 der Bewerbungsunterlage. Hierbei sollten die outcome-bezogenen Ergebnisse sowie die mit dem Bewerbungsdossier eingereichten Studien in ihrer Qualität beurteilt werden. Es wurden hierzu wiederum Fragestellungen formuliert.

Daraufhin folgte mit den so eruierten Fragestellungen ein Testlauf. Das Datenmaterial erwies sich aber kaum als vergleichbar. Ebenfalls wurde aus Expertensicht die Fokussierung auf Studien kritisiert, da dadurch eine Bevorteilung von Kliniken befürchtet wurde, welche höhere Ressourcen für die Publikation von Studien zur Verfügung haben. Ebenfalls wurde von den Expert/innen betont, dass das Vorliegen von Studien nur bedingt einen Zusammenhang mit der konkreten Qualitätspraxis in einer Klinik aufweist. Aufgenommen wurde aus diesem Schritt, dass Outcome ein wichtiges zu beachtendes Kriterium in der Qualitätsbeurteilung darstellt, jedoch als eines unter anderen. Ebenfalls entstand aus diesem Schritt die Diskussionsthematik, welche im Rahmen des dritten Schritts geführt wurde.

In einem **dritten Schritt** diskutierten die Expertinnen und Experten über die erforderlichen Minimalstandards. Diese wurden in Anlehnung an die gängige psychiatrische Praxis, die Bewerbungsvorlage der Gesundheitsdirektion Zürich sowie die im Rahmen der FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) bestehenden Anforderungen an eine Ausbildungsklinik formuliert. Berücksichtigt werden sollten Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Die Expertinnen und Experten einigten sich auf die folgenden sieben Kriterien:

1. Outcome
2. Patientenzufriedenheit
3. Benchmarking
4. Transparenz
5. CIRS
6. Qualitäts-Konzept (Q-Konzept)
7. Q-Verantwortliche/r (als Indikator für Qualitätsorganisation).

Daraufhin diskutierten die Expertinnen und Experten, inwiefern es ausreichend wäre, bzgl. dieser Kriterien eine Beurteilung ausschliesslich mit „ja vorhanden“ / „nein nicht vorhanden“ zu gewichten, oder ob es erforderlich wäre, hier differenzierter, dreistufig zu verfahren: 1. gemäss Selbstdeklaration vorhanden, 2. in den Unterlagen belegt, dass vorhanden und 3. RADAR / Regelkreis erkennbar. Eine Mehrheit der Expertinnen und Experten sprach sich für die differenziertere Vorgehensweise auf, nach welcher die Beurteilung durchgeführt wurde. Dabei wurde

¹⁶ Im Rahmen des neben dem EFQM sehr verbreiteten ISO-Qualitätsmanagement wird hierzu von PDCA-Zyklus nach Deming (1986) gesprochen: Plan, Do, Check, Act.

mit Wissen um die Vorgehensarten zur Beurteilung von Qualität psychiatrischer Leistungen festgehalten, dass die vorgenommene Beurteilung sich auf den Beleg der Qualitätsbestrebungen fokussiert, welche einen Hinweis auf die Qualität zu geben mag, aber nicht die Qualität der psychiatrischen Behandlung eines Bewerbers umfassend zu beurteilen vermag.

Aus diesen Überlegungen wurden zu den definierten Kriterien nachfolgende Fragen formuliert, entlang welcher die klinikbezogene Qualität untersucht und – quantifiziert – beurteilt wurde. Dabei handelt es sich bei allen dargelegten Qualitätsanforderungen um die gemäss Art. 49 KVG geforderte „notwendige“ Qualität, welche die Basis der Spitalliste darstellt.

Die Qualität wird anhand von 18 Punkten beurteilt. Diese 18 qualitätsbezogenen Punkte wurden wie folgt bewertet:

- 1 = minimal belegte Qualitätsbestrebungen (Q-Beurteilung Punkte 0-5)
- 2 = zufriedenstellend belegte Qualitätsbestrebungen (Q-Beurteilung Punkte 6-11)
- 3 = gut belegte Qualitätsbestrebungen (Q-Beurteilung Punkte 12-18)

	Bewertungskriterien	Merkmale/ Operationalisierung und Erkenntnisziel	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbstdeklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
1	Liegen routinemässige, patientenbezogene Outcome-Messungen vor? <u>Outcome</u>	Es liegen konkrete Messresultate zum Outcome vor. Zu routinemässigen Outcome-Messungen zählen: - ANQ-Messungen (Symptombelastung, Lebensqualität) - Psyrec-KTR (Symptombelastung) Nicht patientenbezogene Outcome-Messungen (wie Mitarbeiter- oder Zuweiserzufriedenheit) erhalten keine Bewertung. <i>Erkenntnisziel: Bemüht sich die Klinik, etwas über ihre Ergebnisse zu erfahren und daraus zu lernen?</i>			
2	Werden regelmässige Patientenzufriedenheitsbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	Es liegen konkrete Messresultate zur Zufriedenheit der Patienten/innen mit dem Klinikaufenthalt vor. Da in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die direkte Zielgruppe oftmals über die Angehörigen befragt wird, wird in kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten die Zufriedenheit von Angehörigen gleichwertig wie die Patientenzufriedenheit bewertet. <i>Erkenntnisziel: Bemüht sich die Klinik, etwas über die Zufriedenheit der Patienten/innen zu erfahren und daraus zu lernen?</i>			
3	Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	Vergleichend bedeutet, bspw.: - Spitalinterner Vergleich zwischen Stationen - Im externen Benchmarking zu anderen Kliniken - Im Vergleich mit allgemeinen Werten aus Forschung und Literatur Qualitätsmessungen = Messungen bzgl. Struktur-, Prozess- und/oder Ergebnisqualität. ¹⁷ Die Anzahl von Vergleichen wird nicht bewertet, nur ob eine gewisse Regelmässigkeit des Benchmarkings vorliegt (d.h. einmaliges Benchmarking wird nicht mitgezählt). Der State of the Art sieht vor, dass Patientenzufriedenheitsmessungen als Benchmark geführt werden. Verfügt die Klinik über kein anderes Benchmarking als jenes der Patientenzufriedenheit, so wird die Nutzung der Ergebnisse gemäss RADAR nur 1x bewertet (unter Patientenzufriedenheit). <i>Erkenntnisziel: Bemüht sich die Klinik, ihre Arbeit mit anderen extern oder intern über Stationen hinweg zu vergleichen und daraus zu lernen?</i>			

¹⁷ Abgekürzt als: SQ = Strukturqualität, PQ = Prozessqualität, EQ = Ergebnisqualität (zu dieser Einteilung vgl. Donabedian 1980).

	Bewertungskriterien	Merkmale/ Operationalisierung und Erkenntnisziel	Bereits 2009 erfüllt? (ge- mäss Selbstdeklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
4	Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für die allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>	Öffentlich zugänglich = Publikation in Jahresbericht (wo mitgeliefert oder publiziert) und/ oder = auf Homepage publiziert Zu „qualitätsbezogene Ergebnisse“ werden Aussagen zu Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität gezählt, welche in den schriftlichen Unterlagen evident vorliegen. Wissenschaftliches Journal fällt nicht unter „allgemein zugänglich“, da Zugang für ein eingeschränktes Fachpublikum <i>Erkenntnisinteresse: Ist die Haltung einer Klinik erkennbar, ihre qualitätsbezogenen Ergebnisse für eine breite Öffentlichkeit zugänglich zu machen?</i> ¹⁸			
5	Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	Es besteht ein Berichtssystem zur anonymen Meldung von kritischen Ereignissen (critical incident) und Beinahe-Schäden (near miss). <i>Erkenntnisziel: Hat die Klinik Vorkehrungen getroffen, um aus kritischen Zwischenfällen zu lernen?</i>			
6	Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	Es besteht ein Konzept über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität gemäss Art. 77 KVV. Das Konzept regelt mindestens die Kernbereiche. Anforderungen und Aktivitäten sind dokumentiert (Q-Handbuch). Kernbereiche sind insbesondere die ärztliche Behandlung und Pflege (d.h. ein Q-Konzept, welches auf die Verwaltung beschränkt ist, erhält keine positive Bewertung). <i>Erkenntnisziel: Verfügt die Klinik über ein klares Verständnis, was die Qualität ihrer Leistungen ausmacht und wie diese gefördert werden soll?</i>			
7	Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	Es ist eine Person bezeichnet, welche für die Qualität verantwortlich ist, ihre Aufgaben und Kompetenzen in Bezug auf Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung sind definiert und institutionell verortet und verankert. Die Person berichtet regelmässig über ihre Aktivitäten. <i>Erkenntnisziel: Ist die personelle Zuständigkeit für Fragen der Qualitätssicherung und -entwicklung geklärt und institutionell verankert (geklärte Qualitätsorganisation)?</i>			
	Zwischentotal		7	6	5
	Total		18		

Tabelle 3: Operationalisierung der sieben Kriterien zur Qualität

Die Vergabe der Punkte folgt den oben dargelegten sieben Fragestellungen, zu welchen je 1-3 Punkte erzielt werden können:¹⁹

- a) für die diesbezügliche Selbstdeklaration per 2009
- b) für die Dokumentation und damit Nachvollziehbarkeit der Selbstdeklaration,
- c) für das Erkennen der Nutzung der Grundlagen im Sinne des Qualitätsmanagements (Qualitätsregelkreis / RADAR).

¹⁸ Diskutiert wurde in der Expertengruppe, ob dieses Kriterium allenfalls eher die Qualität des Kommunikationsbeauftragten und die Ressourcensituation der Klinik erfasst anstelle der Transparenz. Da der Inhalt der Homepage sowie des Jahresberichts jedoch auch Gegenstand von Geschäftsleitungsbeschlüssen ist, sind eine Grossmehrheit der Expertengruppe sowie die Verfasserinnen der Meinung, dass darum die öffentlich zugängliche Publikation von qualitätsbezogenen Ergebnissen eine Grundhaltung der Klinik widerspiegelt und daher einen adäquaten Beurteilungsfaktor darstellt.

¹⁹ Für das Kriterium 4 „Transparenz“ kann nur ein Punkt erzielt werden, da es sich um ein Kriterium handelt, welches nicht Bestandteil der Bewerbungsunterlage ist, sondern dem allgemeinen Öffentlichkeitsdiskurs im Rahmen der KVG-bezogenen Qualitätsdiskussion entnommen ist (es liegt also keine Selbstdeklaration vor). Ebenfalls kann die Umsetzung der Transparenz nicht mittels schriftlicher Unterlagen überprüft werden, da es hierfür eines Gesprächs vor Ort bedürfte. Deshalb kann hier ebenfalls kein Punkt erzielt werden. Die Umsetzung bzgl. des Kriteriums 7 „Q-Verantwortlicher“ könnte ebenfalls nur mittels eines Gesprächs vor Ort erhoben werden, weshalb denn bei der hier vorliegenden dokumentenbasierten Beurteilung kein Punkt erzielt werden kann.

Die Beurteilung, inwiefern ein Punkt vergeben werden kann, erfolgte entlang der oben dargelegten Operationalisierung. Diese erfolgte im Mehraugenprinzip. Da es sich um ein klares, aber nicht in allen Einzelheiten definiertes Ratingsystem handelt, entstanden in Einzelfällen bei einigen Bewertungskriterien Unsicherheiten in der Vergabe von Punkten. Diese Unsicherheiten wurden wie folgt geklärt:

- Diskursive Stellungnahme aller an diesem Bericht beteiligten Personen
- Wo keine einstimmigen Entscheidungen erfolgten, Präzisierung der Operationalisierung, so dass sich eine klare Entscheidungsgrundlage bot. Dies war bei der Frage der Bewertung „Umsetzung/RADAR Benchmarking und Umsetzung/RADAR Patientenzufriedenheit“ erforderlich.

In einem **vierten Schritt** wurde die Minderheitsmeinung der Expertinnen und Experten aufgenommen und überprüft, ob die Beurteilung der Kriterien nach „ja vorhanden / nein nicht vorhanden“ gemäss Selbstdeklaration im Vergleich zur differenzierteren Beurteilung einen Unterschied in der Beurteilung generiert oder nicht, um daraus abschliessend zu beurteilen, welche Bewertungsart eingesetzt werden soll. Bei dieser vereinfachten Beurteilung sollen nach Meinung der Expertinnen und Experten insgesamt 6 Punkte erteilt werden (Bewertungskriterien 1,2,3,5,6,7 (ohne Transparenz)), wobei die Qualitätsbestrebung derjenigen Bewerber, welche 5 Punkte oder weniger erreichen, als unzureichend einzustufen wären. Von den 21 Bewerbern erreichen mit dieser Bewertung zwölf, also 57%, die Punktezahl 6. Diese Beurteilungsoption wurde daraufhin definitiv verworfen: Einerseits, da diese die Qualität weitaus ungünstiger beurteilt als die differenzierte Betrachtungsweise und keine stringente Beurteilung zeitgemässer, RADAR-orientierter Qualitätsbestrebungen ermöglicht. Andererseits, da diese Beurteilungsart zu anderem Zeitpunkt einer ehrlichen Selbstdeklaration entgegenwirken könnte, da für eine ausreichende Qualität die Selbstdeklaration alleine zählt.

Zusammenfassend wird die Qualität anhand von 18 Punkten beurteilt. Die detaillierte Herleitung dieser Punktezahl pro Klinik findet sich in den klinikindividuellen Kapiteln. Die 18 qualitätsbezogenen Punkte beinhalten die folgende Bewertung:

- 1 = minimal belegte Qualitätsbestrebungen (Q-Beurteilung Punkte 0-5)
- 2 = zufriedenstellend belegte Qualitätsbestrebungen (Q-Beurteilung Punkte 6-11)
- 3 = gut belegte Qualitätsbestrebungen (Q-Beurteilung Punkte 12-18).

5 Zusammenfassende Ergebnisse alle Kliniken

5.1 Kostenkorrekturfaktor zur Wirtschaftlichkeit

Die Kostenkorrektur zur Wirtschaftlichkeit wurde anhand dreier Einflussfaktoren beurteilt und gestaltet sich pro Klinik wie folgt:

Bewertung	Kostenkorrektur zur Wirtschaftlichkeit			
	Cluster	FFE/Haft	Spezifischer Faktor	Total
Cluster ohne Grundversorgungsauftrag				
Aeskulap-Klinik (SZ)	0.8	0.000 (0%)	0	0.800
Hohenegg	0.8	0.000 (0%)	0	0.800
Klinik am Zürichberg				
Klinik Meissenberg (ZG)	0.8	0.036 (11%)	0	0.836
Cluster mit Grundversorgungsauftrag				
Clenia Schössli	1	0.086 (26%)	0	1.086
Integrierte Psychiatrie Winterthur ipw	1	0.100 (30%)	0	1.100
Psychiatriestützpunkt Affoltern	1	0.020 (6%)	0	1.020
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	1	0.100 (30%)	0	1.100
Sanatorium Kilchberg	1	0.080 (24%)	0	1.080
Spitäler Schaffhausen (SH)	1	0.083 (25%)	0	1.083
Psychiatriezentrum Rheinau	1	0.160 (48%)	0.1	1.260
Cluster Kinder- & Jugendpsychiatrie				
Clenia Littenheid (TG)	1.2	0.103 (31%)	0	1.303
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD)	1.2	0.176 (53%)	0	1.376
Kantonsspital Winterthur	1.2	0.000 (0%)	0	1.200
Kinderspital Zürich	1.2	0.000 (0%)	0	1.200
Klinik Sonnenhof (SG)	1.2	0.060 (18%)	0	1.260
Modellstation Somosa	1.2	0.200 (60%)	0	1.400
Cluster Spezial (Sucht, etc.)				
Beth Shalom	0.8	0.000 (0%)	0.044	0.844
Forel-Klinik	0.8	0.000 (0%)	0	0.800
Suchtbehandlung Frankental	0.8	0.066 (20%)	0	0.866
UniversitätsSpital Zürich	0.8	0.000 (0%)	0.2	1.000

Tabelle 4: Zusammenfassung Ergebnisse Kostenkorrektur zur Wirtschaftlichkeit

Da die Klinik am Zürichberg im Laufe des Bewerbungsverfahrens ihre Bewerbung zurückgezogen hat, werden die Klinik betreffende Beurteilungen nicht ausgewiesen.

5.2 Qualität

Die Qualität wurde anhand von 18 Punkten beurteilt. Die detaillierte Herleitung dieser Punktzahl pro Klinik findet sich in den klinikindividuellen Kapiteln. Diese 18 qualitätsbezogenen Punkte wurden wie folgt bewertet²⁰:

²⁰ Die Beurteilung erfolgt mit Bezug auf erforderliche Qualitätsanforderungen und nicht im Hinblick auf eine bestmögliche Qualität überhaupt.

- 1 = minimal belegte Qualitätsbestrebungen (Q-Beurteilung Punkte 0-5)
- 2 = zufriedenstellend belegte Qualitätsbestrebungen (Q-Beurteilung Punkte 6-11)
- 3 = gut belegte Qualitätsbestrebungen (Q-Beurteilung Punkte 12-18)

Nachfolgend sind die Ergebnisse zusammengefasst (Qualitätsbestrebung als QBS abgekürzt):

Bewertung	Qualitätsbeurteilung		
	Punkte-zahl	Beurteilung	
Cluster ohne Grundversorgungsauftrag			
Aeskulap-Klinik (SZ)	4	Minimal belegte QBS	1
Hohenegg	18	Gut belegte QBS	3
Klinik am Zürichberg			
Klinik Meissenberg (ZG)	13	Gut belegte QBS	3
Cluster mit Grundversorgungsauftrag			
Clenia Schlössli	17	Gut belegte QBS	3
Integrierte Psychiatrie Winterthur ipw	8	Zufriedenstellend belegte QBS	2
Psychiatriestützpunkt Affoltern	12	Gut belegte QBS	3
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	17	Gut belegte QBS	3
Sanatorium Kilchberg	14	Gut belegte QBS	3
Spitäler Schaffhausen (SH)	15	Gut belegte QBS	3
Psychiatriezentrum Rheinau	11	Zufriedenstellend belegte QBS	2
Cluster Kinder- & Jugendpsychiatrie			
Clenia Littenheid (TG)	14	Gut belegte QBS	3
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD)	4	Minimal belegte QBS	1
Kantonsspital Winterthur	7	Zufriedenstellend belegte QBS	2
Kinderspital Zürich	8	Zufriedenstellend belegte QBS	2
Klinik Sonnenhof (SG)	9	Zufriedenstellend belegte QBS	2
Modellstation Somosa	10	Zufriedenstellend belegte QBS	2
Cluster Spezial (Sucht, etc.)			
Beth Shalom	11	Zufriedenstellend belegte QBS	2
Forel-Klinik	15	Gut belegte QBS	3
Suchtbehandlung Frankental	9	Zufriedenstellend belegte QBS	2
UniversitätsSpital Zürich	11	Zufriedenstellend belegte QBS	2

Tabelle 5: Zusammengefasstes Ergebnis Beleg der Qualitätsbestrebungen

Die Punktezahlen betreffend Beleg der Qualitätsbestrebungen wurden unabhängig von den Clustern verteilt. Die Resultate zeigen, dass pro Cluster kaum ein Muster feststellbar ist und diese sich auch untereinander wenig unterscheiden. Allenfalls kann gesagt werden, dass Kliniken mit Grundversorgungsauftrag im Vergleich zu den anderen Clustern tendenziell einen besseren Beleg der Qualitätsbestrebungen aufweisen. Ähnlich wäre für Kliniken im Cluster Spezial, wo keine Bewertung „1“ vorzufinden ist, denkbar, dass die in der Suchtbehandlung bereits seit über zehn Jahren eingeführten Qualitätsbemühungen im Zusammenhang mit QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen Alkohol) oder die Qualitätsentwicklungen der Akutsomatik einen positiven Einfluss auf den Beleg der Qualitätsbestrebungen haben.

Nachfolgend werden die Beurteilung der Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität für jede Klinik einzeln dargelegt und beschrieben.

6 Aeskulap-Klinik

6.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für die Aeskulap-Klinik folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
0.8	0% / 3 = 0	0.8
= 0.8 + 0 + 0 = 0.8		

6.2 Qualität

6.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „4“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit minimal belegt. 3 von 4 Punkten basieren auf der Selbstdeklaration. Ein Punkt wurde für das skizzierte Qualitätskonzept zugesprochen.

6.2.2 Datengrundlage

Von der Aeskulap-Klinik wurden kaum eigentliche Qualitätsdokumente mit dem Bewerbungsschreiben eingereicht. Nebst bewerbungsbezogener Korrespondenz und der Betriebsbewilligung liegen lediglich drei Instrumente (der von der Klinik verwendete Depressionsfragebogen ADS-L, ein Eintritts- sowie ein Austrittsfragebogen für Patienten/innen), zwei Excel-Dateien mit Angaben zu den durchgeführten Entzugsbehandlungen 2009 und 2010 sowie eine Kurzbeschreibung des Psychiatrischen Konsiliums in zwei Sätzen vor.

6.2.3 Detailbewertung

	Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbstdeklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
1	Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? <u>Outcome (ANQ/Psyrec-KTR)</u>	0	0	0
2	Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	1	0	0
3	Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	0	0	0
4	Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		0	
5	Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	1	0	0

	Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst- deklaration)	In Unterlagen resp. auf Ho- mepage doku- mentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q- Regelkreis er- kennbar?
6	Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungs- konzept? Q-Konzept	0	1	0
7	Ist ein Q-Verantwortlicher be- stimmt? Q-Verantwortlicher	1	0	
	Zwischentotal	3	1	0
	Total		4	

Tabelle 6 Qualitätsbeurteilung Aeskulap

6.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Wie eingangs erwähnt, liegen drei Fragebogen vor: der von der Klinik verwendete Depressionsfragebogen ADS-L, ein Eintritts- sowie ein Austrittsfragebogen für Patienten/innen.

Die Fragebogen enthalten durchaus Fragen, die für qualitätsbezogene Messungen verwendet werden könnten²¹. Es liegen aber keine Ergebnisdaten diesbezüglich vor. Es ist nicht bekannt, ob und wie die Daten ausgewertet werden, zu welchen Ergebnissen sie führen und wie diese verwendet werden.

Gleiches gilt für die Excel-Dateien zu den Entzugsbehandlungen 2009 und 2010. Diese enthalten u.a. Angaben zu Ein- und Austritten, Nachfolgelösungen, Abbrüchen und Wiedereintritten. Zur Auswertung und Verwendung der Daten liegen jedoch keine Angaben vor.

Für Outcome-Messungen können somit keine Punkte vergeben werden.

2) Patientenzufriedenheit

Gemäss Selbstdeklaration werden regelmässig Patientenbefragungen durchgeführt. Dies geht auch aus dem Instrument zur Austrittsbefragung hervor. Zur Auswertung und Verwendung der Daten liegen jedoch keine Angaben vor. Für Dokumentation und Nutzung können somit keine Punkte vergeben werden.

3) Benchmarking

Gemäss Selbstdeklaration nahm die Aeskulap-Klinik bis heute an keinem Benchmarking teil. Entsprechend liegen dazu auch keinerlei Grundlagen vor.

4) Transparenz

Auf der Homepage bzw. in öffentlich zugänglichen Jahresberichten werden keine qualitätsbezogenen Ergebnisse publiziert.

5) CIRS

Gemäss Selbstdeklaration besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle. Dieses ist aber weder in den Unterlagen noch auf der Homepage dokumentiert. Für Dokumentation und Nutzung können somit keine Punkte vergeben werden.

6) Q-Konzept

Im Bewerbungsdossier gibt die Aeskulap-Klinik an über kein Qualitätssicherungskonzept zu verfügen. Sie verfügt aber gemäss eigenen Angaben (Homepage) über ein pragmatisches, der permanenten Reflexion verpflichtetes Qualitätsmanagement im Dienste der Patienten.

²¹ Der Eintrittsfragebogen dient v.a. der Erfassung des Gesundheitszustandes. Der Austrittsfragebogen enthält u.a. auch Fragen zur Einschätzung des Gesundheitszustandes vor und nach dem Klinikaufenthalt, zur Beurteilung der Behandlungsqualität, der Qualität der ärztlichen und pflegerischen Betreuung sowie zur Zufriedenheit mit Küche/ Essen, Hotel-
 lerie.

Weiter nimmt die Klinik für alle Patienten, welche im Verlaufe ihrer ambulanten oder stationären Therapie auch eine psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung erfahren, vorgängig ein psychiatrisches Konsilium vor. Verlauf und Ergebnis der Intervention werden im Abschlussbericht schriftlich festgehalten. Beide Ansätze sind nicht weiter dokumentiert. Und es fehlt die Systematik. Dennoch verfügt die Klinik in den Grundzügen über ein Konzept dafür, was die Qualität ihrer Leistungen ausmacht. Sie erhält deshalb einen Punkt für das dargelegte Qualitätskonzept.

7) Q-Verantwortlicher

Gemäss Bewerbungsdossier verfügt die Aeskulap-Klinik über einen Qualitätsverantwortlichen. Es liegen jedoch keine weiteren Angaben dazu vor, weshalb ausser für die Selbstdeklaration kein Punkt zugesprochen werden kann.

7 Beth Shalom/ Quellenhofstiftung

7.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für die Klinik Beth Shalom folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
0.8	0% / 3 = 0.00	0.044
= 0.8 + 0.00 + 0.044 = 0.844		

7.2 Qualität

7.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „10“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit zufriedenstellend belegt. 6 von 10 Punkten wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, 3 aufgrund der Dokumentation sowie 1 Punkt für die erkennbare Nutzung (Qualitätskonzept).

7.2.2 Datengrundlage

Die Quellenhofstiftung verfügt als gesamte Institution über ein zertifiziertes QMS auf der Grundlage von ISO 9001:2008, BSV-IV 2000 sowie QuaTheDA. Das Zertifikat liegt vor (2009), ebenso der Auditbericht (Rezertifizierungsaudit 2009) der Firma SQS (Schweizer Vereinigung für Qualitäts- und Managementsysteme); dieser enthält auch Verbesserungsvorschläge.

Weiter liegt ein Institutionsbericht zur Klientenzufriedenheit vor, einschliesslich Vergleich mit dem Mittelwert anderer Einrichtungen der stationären Suchttherapie.

Die Homepage enthält u.a. ein Organigramm, in welchem auch die Verantwortung für das QM definiert ist. Zudem ist ein Auszug aus der „Erfolgsstatistik“ und einer Nachbefragung bei Therapieabgängern zu finden.

Für die Statistik der Entzugsformen 2009 und 2010 ist in den mit der Bewerbung mitgelieferten Dokumenten ein Platzhalter eingefügt, da diese nicht datenschutzkonform sind. Dies ist korrekt, führt aber dazu, dass die Inhalte nicht bewertet werden können.

Alle eingereichten Dokumente betreffen Qualität und Qualitätsmanagement der Quellenhofstiftung insgesamt. Beth Shalom ist mit 6 Betten ein kleiner Teil davon. Da die Stiftung über unterschiedliche Leistungsbereiche verfügt (nebst Sucht auch Integration von Jugendlichen), ist dies nicht unproblematisch, da unzureichend nachvollziehbar ist, inwiefern die teilweise allgemeineren qualitätsbezogenen Vorgehen auch bezüglich der KVG-Leistungen eingesetzt werden.

Insgesamt ist die Datengrundlage schmal, jedoch von hoher Aussagekraft (relevante Dokumente).

7.2.3 Detailbewertung

	Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbstdeklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
1	Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? <u>Outcome (ANQ/Psyrec-KTR)</u>	1	1	0
2	Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	1	1	0
3	Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	1	0
4	Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		1	
5	Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	1	0	0
6	Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	1	0	1
7	Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	1	0	
	Zwischentotal	6	4	1
	Total	11		

Tabelle 7 Qualitätsbeurteilung Beth Shalom/ Quellenhofstiftung

7.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Auf der Homepage findet sich keine vollständige Darstellung, aber ein Auszug aus der „Erfolgsstatistik“ auf der Basis einer Nachbefragung bei Therapieabgängern. Die Ergebnisse betreffen Konsum, Kontakt zur Szene, Wohn- und Arbeitssituation und Integration. Wenn auch die Darstellung nicht umfassend ist, so ist dies kommunikativ legitim, weshalb rechnen wir den Punkt anrechnen.

Hingegen ist nicht dokumentiert, inwiefern die Ergebnisse auch im Sinne von RADAR genutzt werden. Nicht ideal ist zudem, dass die Ergebnisse für alle Bereiche der Quellenhofstiftung pauschal ausgewiesen werden. Für die Nutzung im Sinne von RADAR kann kein Punkt vergeben werden.

2) Patientenzufriedenheit

Es liegt ein Institutionsbericht zur neunten Stichtagerhebung zur Klientenzufriedenheit in der stationären Suchttherapie auf der Grundlage von QuaTheSI-39 für das Jahr 2010 vor (QuaTheSI-39 = Quality Therapy Satisfaction Instrument zur Zufriedenheitsbefragung von

Klient/innen, im Rahmen von QuaTheDA). Die Dokumentation ist damit gegeben. Wiederum betrifft dieser den Quellenhof insgesamt. Und die Nutzung der Ergebnisse geht aus den Unterlagen nicht hervor.

3) *Benchmarking*

Gleiches gilt für das Benchmarking. Dass ein solches stattfindet, geht aus dem Institutionsbericht 2010 zur Stichtagerhebung der Klientenzufriedenheit auf der Grundlage von QuaTheSI-39 hervor.

Dieses betrifft jedoch den gesamten Quellenhof. Und die Nutzung der Ergebnisse geht nicht aus den Unterlagen hervor, weshalb dafür keinen Punkt vergeben werden kann.

4) *Transparenz*

Der Auszug aus der Erfolgsstatistik ist auf der Homepage zu finden. Es kann hier daher eine Punktvergabe erfolgen, da unter Punkt 1 (Outcome) das Vorliegen von Outcome-Messungen beurteilt wurde.

5) *CIRS*

Das Berichtssystem für kritische Zwischenfälle ist nicht dokumentiert.

6) *Q-Konzept*

Das Qualitätskonzept der Stiftung Quellenhof ist in den Unterlagen nicht dokumentiert. Die Umsetzung des Konzeptes geht aber aus dem Auditbericht hervor, weshalb hier ein Punkt für die Nutzung gegeben werden kann.

7) *Q-Verantwortlicher*

Im Organigramm der Quellenhofstiftung, welches auf der Homepage zu finden ist, ist die personelle Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement zwar festgelegt, Aufgaben und Kompetenzen sind aber nicht definiert resp. eine Definition liegt nicht vor, weshalb auf eine Punktvergabe verzichtet werden muss.

8 Clenia Littenheid

8.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für die Klinik Clenia Littenheid folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
1.2	31% / 3 = 0.103	0
= 1.2 + 0.103 + 0 = 1.303		

8.2 Qualität

8.2.1 *Gesamtbewertung*

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „14“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit gut belegt. 6 Punkte basieren auf der Selbstdeklaration, weitere 6 auf der Dokumentation. 2 Punkte wurden für die erkennbare Nutzung im Sinne von RADAR angerechnet.

8.2.2 *Datengrundlage*

Die Klinik Clenia Littenheid hat eine umfangreiche, relevante und qualitativ gute Qualitätsdokumentation eingereicht. Folgende Dokumente liegen vor:

- Qualitätsstrategie der Clenia Gruppe
- Clenia Risikopolitik

- Stellenbeschreibung des Leiters Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement
- CIRS Konzept Clenia Littenheid
- Auszug aus Jahresrechnung und Kennzahlen Clenia 2008 betreffend Ergebnisse der Patientenbefragung 2008 und der Mitarbeiterbefragung 2008
- Auszug aus Jahresrechnung und Kennzahlen Clenia 2009 betreffend Qualitätsmanagement
- Bericht über die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsbefragung Littenheid 2008
- Mitarbeiterbefragung 2008
- Zuweiserbefragung Littenheid 2010
- ANQ Auswertungsbericht zum ersten Pilotjahr, 2010
- Auditbericht H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit
- Validierungsbericht EFQM, Anerkennung für Verpflichtung zu Excellence

Ferner liegen verschiedene Konzepte, ein Organigramm, Leitbild, Broschüren, Belegungskennzahlen und eine Kostenstellenrechnung vor. Auf der Homepage ist eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Zuweiserbefragung 2010 abrufbar sowie Angaben zur Qualitätsauszeichnung. Clenia ist Vollmitglied der EFQM und berücksichtigt gemäss eigenen Angaben die Vorgaben des Labels H+ qualität.

8.2.3 Detailbewertung

	Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
1	Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? <u>Outcome (ANQ/ Psyrec-KTR)</u>	1	1	0
2	Werden regelmässige Patientenerbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	1	1	1
3	Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	1	0
4	Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		1	
5	Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	1	1	0
6	Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	1	0	1
7	Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	1	1	
	Zwischentotal	6	6	2
	Total	14		

Tabelle 8 Qualitätsbeurteilung Clenia Littenheid

8.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Clienia Littenheid ist bestrebt etwas über die Erfolge der Klinik zu erfahren und daraus zu lernen. Dies geht aus dem ANQ Auswertungsbericht zum ersten Pilotjahr hervor, aus der Zuweiserbefragung 2010 wie auch aus der Mitarbeiterbefragung 2008.

Dass die Ergebnisse im Sinne von RADAR genutzt werden, ist zwar als Bekenntnis festgehalten. Der Umsetzungsprozess selbst ist jedoch nicht dokumentiert, weshalb dafür keine Punktvergabe erfolgt.

2) Patientenzufriedenheit

Es werden regelmässig Patientenzufriedenheitserhebungen durchgeführt, was mit Bericht über die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsbefragung Littenheid 2008 dokumentiert ist. Dass die Ergebnisse auch im Sinne von RADAR genutzt werden, geht aus den vorliegenden Berichten hervor, in welchen auf Entwicklungen bzgl. Patientenzufriedenheit und die aktive Auseinandersetzung damit hingewiesen wird. Deshalb erfolgt hier eine Punktvergabe, auch wenn das Vorgehen nicht im Detail beschrieben ist.

3) Benchmarking

Die Klinik Clenia Littenheid bemüht sich ihre Arbeit mit anderen zu vergleichen und daraus zu lernen. Dies geht aus dem ANQ Auswertungsbericht zum ersten Pilotjahr hervor sowie aus der Qualitätsstrategie der Clenia Gruppe, welche auch regelmässige interne Benchmarkings vorsieht. Auch der Stellenbeschrieb des QM Beauftragten besagt, dass dieser zwischen den verschiedenen Kliniken der Clenia-Gruppe regelmässig interne Benchmarkings mit Zufriedenheitsbefragungen bei Patienten, Angehörigen, Zuweisern und Mitarbeitern durchführt. Dass die Ergebnisse auch im Sinne von RADAR genutzt werden, ist nicht dokumentiert.²²

4) Transparenz

Die Ergebnisse der letzten Zuweiserbefragung sind auf der Homepage der Clenia Littenheid abrufbar. Der Punkt kann angerechnet werden.

5) CIRS

Unter den Qualitätsdokumenten befindet sich auch ein fünfseitiges CIRS-Konzept für die Clenia Littenheid. Und CIRS wird auch als wesentlicher Bestandteil der Risikopolitik genannt.

Der Regelkreis ist zwar im Konzept definiert, die Ergebnisse und deren Nutzung sind jedoch nicht dokumentiert, weshalb für die Umsetzung gemäss RADAR kein Punkt erteilt werden kann.

6) Q-Konzept

Gemäss Selbstdeklaration besteht ein Q-Konzept. Ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept gemäss Art. 77 KVV liegt jedoch nicht vor (keine Punktvergabe). Hingegen geht die Umsetzung des Konzeptes im Sinne von RADAR aus den Auditberichten EFQM und H+ hervor (Verpflichtung zur RADAR Logik mit EFQM).

Auch aus dem Auszug aus der „Jahresrechnung und Kennzahlen Clenia 2009“ (betreffend Qualitätsmanagement) geht hervor, dass die Ergebnisse (bspw. der MitarbeiterInnenbefragung) für die Verbesserung genutzt, Massnahmen gesucht, eingeleitet und überprüft werden. Eine Punktvergabe ist somit gerechtfertigt.

7) Q-Verantwortlicher

Die Klinik Clenia Littenheid verfügt über einen Qualitätsverantwortlichen, dem „Leiter Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement“. Dessen Aufgaben und Zuständigkeiten sind in einer Stellenbeschreibung festgehalten.

²² Da die Nutzung der Ergebnisse im Sinne von RADAR aufgrund der Anerkennung „Committed to excellence“ zwar angenommen werden kann, aber sowohl betreffend die Patientenzufriedenheit als auch betreffend Benchmarking nur bedingt dokumentiert ist, wird nur in einem der beiden Fälle ein Punkt gegeben.

9 Clenia Schlössli

9.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für die Klinik Clenia Schlössli folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
1	$26\% / 3 = 0.086$	0
$= 1 + 0.086 + 0 = 1.086$		

9.2 Qualität

9.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „16“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit gut belegt. 6 Punkte wurden aufgrund der Selbstdenklaration angerechnet, weitere 6 aufgrund der Dokumentation sowie 4 Punkte für die erkennbare Nutzung der Ergebnisse im Sinne von RADAR.

9.2.2 Datengrundlage

Die Klinik Clenia Schlössli AG hat ein umfangreich dokumentiertes Qualitätsdossier eingereicht. Die Unterlagen decken weite Bereiche des Qualitätsmanagements ab und sind entsprechend aufbereitet (mittels Register pro Thema und beigelegter CD für weiterführende Informationen).

Neben umfangreichen und systematischen Erhebungen in den Bereichen Patientenzufriedenheit und Outcome-Messungen (siehe unten) liegen Zuweiserbefragungen für die Jahre 2004 und 2010 vor, Mitarbeiterzufriedenheitsstudien für die Jahre 2006 und 2009, eine FMH-Beurteilung der Weiterbildung durch die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte 2009, eine Zufriedenheitsstudie betreffend Hotellerie 2009 sowie eine Zufriedenheitsstudie zum DL-Verwaltungsbereich (ohne Angabe des Jahres).

Die Ergebnisse liegen oft nur in Form von Zahlen vor, hingegen fehlen Angaben zur Erhebung selbst (wann, bei welcher Zielgruppe) sowie zu den daraus abgeleiteten Massnahmen. Die „Jahresberichte Qualitätsmanagement und Kennzahlen“ 2007, 2008, 2009 dokumentieren jedoch die Umsetzung im Sinne von RADAR.

Weiter liegen der Bewerbung verschiedene qualitätsrelevante Konzepte und Leitfaden bei, so ein Leitfaden bez. Absenzenmanagement für Führungskräfte, ein Leitfaden Austrittsgespräche oder ein Leitfaden zur interdisziplinären ethischen Entscheidungsfindung in der Psychiatrie.

Ebenfalls gut dokumentiert ist das Prozessmanagement. Es liegt ein Konzept zum Prozesscontrolling vor ebenso wie ein Prozessmanagement Nutzenpapier. Gemäss beigelegter Präsentation sind in der Klinik per April 2008 ca. 1200 Prozesse erhoben, in eine Prozesslandkarte integriert und im Intranet abrufbar. Als noch zu erreichendes Ziel wird die Verankerung des Prozessmanagements als Führungsaufgabe definiert.

Es liegen zahlreiche weitere Dokumente vor, deren Aufzählung den Rahmen dieses Kurzberichtes jedoch sprengen würde.

9.2.3 Detailbewertung

	Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
1	Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? <u>Outcome</u> (ANQ/ Psyrec-KTR)	1	1	1
2	Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	1	1	1
3	Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	1	0
4	Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		1	
5	Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	1	1	1
6	Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	1	1	1
7	Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	1	1	
	Zwischentotal	6	7	4
	Total	17		

Tabelle 9 Qualitätsbeurteilung Clenia Schlössli

9.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Die Outcome-Messungen sind umfangreich dokumentiert. Sie werden erhoben mittels OQ-45 (den Unterlagen liegen die die Auswertungen für die Jahre 2009 und 2010 bei), mittels CGI - Clinical Global Impressions - zur Erfassung der Therapieeffekte (den Unterlagen liegt eine tabellarische Auswertung für 2008 bei), mittels GAF Funktionsmessung (tabellarische Auswertung für 2010) sowie mittels AMDP - Differenzmessung der Symptombelastung (Grafiken für 2010). Ferner liegt ein externer QM-Report 2008 und 2009, Analyse der PSYREC-Daten, bei. Leider liegen die Auswertungen meist nur in Form von Grafiken und Tabellen vor. Die Nutzung der Ergebnisse im Sinne von RADAR gehen jedoch teilweise aus den „Jahresberichten Qualitätsmanagement und Kennzahlen“ (vorliegend für die Jahre 2007, 2008, 2009) hervor, womit der Punkt zugesprochen werden kann.

2) Patientenzufriedenheit

Die Erhebung der Patientenzufriedenheit erfolgt systematisch mittels ZÜPAZ. Der Qualitätsdokumentation liegen die Zusammenfassungen der wichtigsten Resultate für 2007, 2009, 2009

ambulant und teilstationär, 1. Halbjahr 2010, bei. Die Details wurden auf einer CD beigelegt. Ferner liegt eine Übersicht über durchgeführte und geplante Umfragen vor. Die Nutzung der Ergebnisse im Sinne von RADAR gehen aus den „Jahresberichten Qualitätsmanagement und Kennzahlen“ (vorliegend für die Jahre 2007, 2008, 2009) hervor, womit der Punkt zugesprochen werden kann.

3) *Benchmarking*

Vergleichende Qualitätsmessungen liegen einerseits mit dem externen QM-Report 2008 und 2009, Analyse der PSYREC-Daten, vor, andererseits mit diversen Vergleichen innerhalb der Clenia-Gruppe (Patientenzufriedenheit, Zuweiserbefragungen, Mitarbeiterzufriedenheit). Die Benchmarking-Aktivitäten sind somit dokumentiert, deren Nutzung im Sinne von RADAR ist hingegen in den vorliegenden Dokumenten nicht explizit evident.

4) *Transparenz*

Auf der Homepage sind die Jahresberichte und Kennzahlen zugänglich – zwar nicht auf der Ebene der Clenia Schlössli sondern der Clenia-Gesamtgruppe, was ein klinikbezogenes Auffinden der Informationen etwas erschwert. Die konkreten Messergebnisse sind aber somit öffentlich elektronisch (Homepage) sowie papiernen (Jahresbericht) publiziert, weshalb eine Punktvergabe erfolgen kann.

5) *CIRS*

Ein CIRS Konzept liegt vor. Ebenso eine Darstellung über die Zahl der gemeldeten Fälle und der getroffenen Massnahmen für 2009 und 2010 (Total 204 gemeldete Fälle, 161 getroffene Massnahmen). Es kann somit von einem Nutzen im Sinne von RADAR ausgegangen werden.

6) *Q-Konzept*

Es liegen verschiedene Dokumente vor, die insgesamt das Qualitätssicherungskonzept abbilden (Leitbild Clenia, Schlüsselwerte, Qualitätsstrategie Clenia-Gruppe, Übersicht Qualitätsmanagement Clenia Schlössli AG, Qualitätspolitik Clenia Schlössli AG, Preferred Supplier, Risikopolitik Clenia, AMSP Projekt - Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie). Auch in diesem Sinne gewertet werden kann die ausführlich dokumentierte Prozessarchitektur.

Der Q-Regelkreis ist bspw. im Schlussbericht des Projektes Lean Management erkennbar, welches auch Optimierungsprojekte beschreibt. Auch die Ideenvorschläge für das Management Forum dokumentieren eine entsprechende Lernkultur.

7) *Q-Verantwortlicher*

Clenia Schlössli verfügt über eine definierte Qualitätsorganisation. Dazu gehört ein Quality Council, welcher das Management darin unterstützen soll, die Qualität ausreichend in den Unternehmenszielen zu positionieren. Das Council besteht aus sogenannten Qualitäts-Promotoren und dem Leiter Qualitätsmanagement. Schlüsselfunktionen, Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen aller Qualitätsakteure sind festgehalten.

10 Forel Klinik

10.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für die Forel-Klinik folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
0.8	0% / 3 = 0	0
= 0.8 + 0 + 0 = 0.8		

10.2 Qualität

10.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „15“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit gut belegt. 6 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, weitere 7 aufgrund der Dokumentation sowie 2 Punkte für die erkennbare Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises.

10.2.2 Datengrundlage

Die Forel Klinik bewirbt sich mit einem eigens für die Bewerbung erstellten Gesamtkonzept für die Spitalliste 2012. Das Konzept bietet einen ausführlichen Überblick über die Organisation, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Leistungserbringung der Forel Klinik.

Das Konzept beschreibt, was erfasst wird und wie es ausgewertet wird, und es enthält die Präsentation von ausgewählten Ergebnissen. Die Forel Klinik hat jedoch auf das Einreichen konkreter Auswertungen, Studien und Berichte verzichtet. Beigelegt wurde einzig das Executive Summary der Patientenbefragung im Rahmen von *act-info*²³ für die Jahre 2008 und 2009. Ansonsten fehlt die Dokumentation der beschriebenen Erhebungen mittels konkreter Berichte. Zu finden sind überdies hingegen verschiedene Dokumente (bspw. Jahresberichte) und Informationen (bspw. zu Eintritt und Aufenthalt) auf der Homepage.

10.2.3 Detailbewertung

	Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbstdeklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
1	Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? <u>Outcome (ANQ/Psyrec-KTR)</u>	1	1	1
2	Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	1	1	0
3	Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	1	0
4	Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		1	
5	Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	1	1	0
6	Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	1	1	1

²³ *act-info* (addiction, care and therapy information) ist ein vom BAG (Bundesamt für Gesundheit) unterstütztes einheitliches, gesamtschweizerisches Klientenmonitoringsystem für den Bereich der Suchthilfe.

	Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
7	Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? Q-Verantwortlicher	1	1	
	Zwischentotal	6	7	2
	Total	15		

Tabelle 10 Qualitätsbeurteilung Forel Klinik

10.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Die Ergebnisse werden in der Forel Klinik auf vielfältige Weise mittels mehrerer Instrumente erfasst. Gemäss Gesamtkonzept erfolgen die Erhebungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Behandlung, überwiegend als Prä-/Postvergleich, zum Teil werden Erhebungen auch während der Behandlung mehrfach durchgeführt. Die katamnestischen Erhebungen erfolgen im Anschluss an die stationäre Behandlung zur Evaluation des Behandlungsergebnisses und der Inanspruchnahme von Unterstützungen im Suchthilfesystem nach 3, 6 bzw. 12 Monaten nach Abschluss der stationären Behandlung. Ab 2011 sind fortlaufende katamnestische Erhebungen nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) vorgesehen.

Alle Ein- und Austritte werden mit dem PSYREC, der GAF, CGI und dem AMDP vollständig dokumentiert. Die Eingaben erfolgen in elektronischer Form in die digitale Krankenakte. Das Monitoring der Ergebnis- und Prozessmessungen wird ebenfalls dokumentiert. Die Dokumentation ist somit gegeben.

Wie die Ergebnisse konkret für Verbesserungsprozesse genutzt werden, wird aus dem Konzept nicht direkt ersichtlich. Indirekt gibt es aber verschiedene Beispiele dafür, welche auf die Nutzung der Ergebnisse und die Überprüfung der Wirkung getroffener Massnahmen hinweisen (bspw. betreffend die Verringerung der Aufenthaltsdauer). Es kann also von einer effektiven Verwendung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises ausgegangen werden. Der Punkt wird angerechnet.

2) Patientenzufriedenheit

Der Zürcher Patientenzufriedenheitsbogen ist obligater Bestandteil des vom Kanton Zürich geforderten Qualitätsnachweises zur Patientenzufriedenheit und wird seit 2010 routinemässig in elektronischer Form im stationären, teilstationären und ambulanten Setting der Forel Klinik durchgeführt.

Die Zusammenfassungen der Klientenzufriedenheitsbefragungen der Jahre 2007 und 2008 sind auf der Homepage abrufbar – wenn auch nicht ganz leicht aufzufinden. Der Punkt wird angerechnet. Dass die Ergebnisse auch im Sinne der Verbesserung genutzt werden, ist hingegen nicht dokumentiert, deshalb erfolgt hier keine Punktvergabe.

3) Benchmarking

Im Rahmen des Gesamtkonzeptes werden zahlreiche Vergleiche mit anderen Kliniken hergestellt; so betreffend die Zürcher Patientenzufriedenheitsbogen (ZÜPAZ) und den Outcome-Questionnaire (OQ-45).

Im Rahmen der *actinfo* Erhebungen erfolgte zudem für 2008 und 2009 ein Vergleich der Ergebnisse der Forel Klinik mit den vormals SAKRAM-Institutionen²⁴, die im Fachverband Sucht als Fachgruppe „Stationäre Behandlung im Alkoholbereich“ vernetzt sind.

²⁴ SAKRAM = Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige Frauen und Männer.

Es liegt auch ein Kostenvergleich mit anderen Kliniken vor (vgl. tiefste Tagesskosten gemäss Benchmarking).

Im Konzept wird auf die mangels einheitlich definierter Qualitätsdefinitionen beschränkten Benchmarking-Möglichkeiten zwischen verschiedenen Kliniken hingewiesen, weshalb das Benchmarking v.a. einen Prä-/Post-Vergleich beinhaltet. Der Punkt für die Nutzung der Benchmarkings im Sinne von RADAR kann nicht vergeben werden, da dies nicht dokumentiert ist.

4) *Transparenz*

Die Homepage ist zwar umfassend, qualitätsbezogene Informationen sind jedoch nur bedingt auffindbar. Klientenzufriedenheitserhebungen sind aber aufgeschaltet, weshalb der Punkt zugesprochen werden kann.

5) *CIRS*

Ein CIRS ist gemäss Selbstdeklaration vorhanden. Im Konzept wird unter dem Titel „Verbesserungsmanagement“ über das Vorhandensein eines Ereignismanagements (Risikomanagement), eines Beschwerdemanagements und eines Ideenmanagements berichtet. Diese Prozesse werden im Rahmen des EFQM neu modelliert und ein entsprechendes Controlling eingeführt. Die Nutzung der Ergebnisse im Sinne von RADAR wird aus den Unterlagen nicht ersichtlich.

6) *Q-Konzept*

Mit dem vorliegenden Gesamtkonzept wird auch das Qualitätskonzept der Forel Klinik umfassend dargestellt. Gemäss eigenen Angaben verfolgt die Forel Klinik nebst der Verbesserung von institutionsinternen Prozessen und Strukturen auch einen Miteinbezug von vor-, neben- und nachgelagerten Organisationen und Partnern.

Das Konzept beschreibt auch die Prozesse (Managementprozesse, Kernprozesse, Supportprozesse) und die Qualitätsorganisation.

Dass das Konzept im Sinne von RADAR umgesetzt wird, kann zum einen aus dem entsprechenden Bekenntnis entnommen werden, zum anderen den Erfolgen im Sinne von Handlungsmaßnahmen resp. Ergebnissen, wie sie in der Zusammenfassung beschrieben sind.

7) *Q-Verantwortlicher*

Für das Qualitätsmanagement der Forel Klinik ist die oberste Führungsstufe verantwortlich. Die CEO hat die Gesamtprojektleitung. Für die einzelnen Bereiche/Prozesse werden jeweils Projektgruppen zusammengestellt. Ebenfalls besteht eine regelmässig tagende Steuerungsgruppe, bestehend aus Geschäftsleitung, dem Qualitätsverantwortlichen sowie externen Beratern. Ein Qualitätsverantwortlicher ist somit bezeichnet, steht aber selbst nicht im Zentrum der Qualitätsorganisation. Die Aufgaben und Rollen des Vorstandes, der Geschäftsleitung und der Steuerungsgruppe bezüglich des Qualitätsmanagement sind festgelegt. Die Aus- und Weiterbildung von internen Qualitätsverantwortlichen und Auditoren ist geregelt. Der Punkt für die Dokumentation kann somit vergeben werden.

11 Privatklinik Hohenegg

11.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für die Klinik Hohenegg folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
0.8	0% / 3 = 0	0
= 0.8 + 0 + 0 = 0.8		

11.2 Qualität

11.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „18“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit gut belegt. 6 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, weitere 7 aufgrund der Dokumentation sowie 5 Punkte für die erkennbare Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises. Die Privatklinik Hohenegg erreicht damit die höchstmögliche Punktzahl.

11.2.2 Datengrundlage

Die Privatklinik Hohenegg hat der Bewerbung eine Fülle von qualitätsrelevanten Dokumenten beigelegt. Damit werden die Anstrengungen um Qualitätssicherung und -entwicklung nachvollziehbar dokumentiert; einschliesslich der kontinuierlichen Verbesserung. Das Dossier enthält u.a. folgende Dokumente:

- EFQM Self Assessment Bericht 2007 mit Stärken und Verbesserungspotential zu jedem Teilkriterium (28 Seiten)
- EFQM Validierungsbericht, Anerkennung für Verpflichtung zu Excellence, 2008
- Klinikspezifische Qualitätsberichte für die 2008 und 2009
- 12 Quartalsberichte Qualitätsmanagement für die Jahre 2008 bis 2010
- 3 Auditprotokolle zum Sicherheitsmanagement/ CIRS für die Jahre 2008, 2009, 2010; 3 Auditprotokolle zum Beschwerdemanagement für die Jahre 2008, 2009, 2010; 3 Auditprotokolle zum Prozess QM, Q-Messung und Verbesserung für die Jahre 2008, 2009, 2010
- Auditpläne für die Jahre 2008 bis 2010
- Darstellung der Prozesslandschaft
- Konzept zum Prozessauditwesen
- Richtlinien betreffend Outcome-Messungen
- Risikoanalyse-Berichte
- Mitarbeiterzufriedenheit 2008 bis 2010, inkl. Identifikation des Verbesserungsbedarfs
- Klinisches Risikomanagement in Schweizer Spitälern 2008 und 2010.

11.2.3 Detailbewertung

	Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbstdeklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
1	Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? <u>Outcome (ANQ/Psyrec-KTR)</u>	1	1	1
2	Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	1	1	1
3	Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	1	1
4	Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		1	
5	Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	1	1	1

	Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
6	Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	1	1	1
7	Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	1	1	
	Zwischentotal	6	7	5
	Total	18		

Tabelle 11 Qualitätsbeurteilung Hohenegg

11.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Die Klinik führt regelmässige und systematische Outcome-Messungen durch und ist bestrebt aus den Ergebnissen zu lernen. Konkret erfolgt die Messung der Symptombelastung mit dem BSI (Kurzform des SCL), die Lebensqualität und das Wohlbefinden messen die Inventare EURO-HIS und K-INK. Es werden Messungen beim Eintritt (BSI, EURO-HIS, K-INK, Gründe für die Klinikwahl), während dem Verlauf (BSI, Bemerkungen und Anregungen an die Klinikleitung), beim Austritt (BSI, Einzelbeurteilungen) sowie als Follow-up (BSI, EURO-HIS, K-INK) durchgeführt.

Bewertung und Massnahmengreifung sind geregelt (Richtlinien). Es bestehen Formulare für die Massnahmenplanung auf der Grundlage des Quartalsberichtes und für die Mitarbeiterzufriedenheit.

Damit kann sowohl für die Dokumentation als auch für die Nutzung der Ergebnisse je ein Punkt vergeben werden.

2) Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit wird mit dem MüPF (inkl. Zusatzfragen Hohenegg) erhoben. Die Zufriedenheit mit einzelnen Therapieformen und Massnahmen erfasst der interne „Fragebogen zu Einzelbeurteilungen“ und mit den Fragen „Gründe für die Klinikwahl“ und „Bemerkungen und Anregungen an die Klinikleitung“ wird eine allgemeine Rückmeldung erhoben.

Die Quartalsberichte enthalten jeweils die aktuelle Statistik zur Patientenzufriedenheit, eine Bewertung der Ergebnisse sowie Angaben zum Verbesserungspotential, differenziert nach verschiedenen Bereichen.

Zudem bestehen Formulare, welche der Aufzeichnung dienen, ob der Quartalsbericht im Team diskutiert wurde und welche Massnahmen vorgeschlagen werden. Es kann somit von einem lebendigen Q-Regelkreis ausgegangen werden. Beide Punkte (Dokumentation und Nutzung) werden zugesprochen.

3) Benchmarking

Mit den spitalspezifischen Auswertungen des Klinischen Risikomanagements in Schweizer Spitälern für die Jahre 2007 und 2010 liegen zwei externe Benchmarking-Berichte vor.

Dass sich die Klinik gegenüber 2007 in den Messbereichen gezielt verbessert hat, dokumentiert das Bemühen aus den Ergebnissen zu lernen.

4) Transparenz

Die Qualitätsberichte sind auf der Homepage aufgeschaltet und leicht aufzufinden. Sie enthalten Angaben zu Strategie, Kennzahlen und Verbesserungsaktivitäten. Der Punkt kann vergeben werden.

5) CIRS

Im EFQM Bericht 2007 steht noch, dass eine aktive Fehlerkultur (CIRS) erst in Einführung sei. Eine Komplikationsstatistik und Critical Incidents Reporting CIRS seien in Planung. Aus dem Qualitätsreport 2009 geht jedoch hervor, dass ein solches in der Zwischenzeit etabliert ist. Dies zeigen auch die Ergebnisse der spitalspezifischen Auswertung des Klinischen Risikomanagements in Schweizer Spitälern 2010.

Aus den verschiedenen Auditprotokollen zum Prozess Sicherheitsmanagement CIRS geht hervor, dass die Meldungen für kontinuierliche Verbesserung genutzt werden. Die Punkte werden vergeben.

6) Q-Konzept

Ein eigentliches Qualitätskonzept liegt nicht vor. Es ist aber implizit im EFQM Self Assessment Bericht 2007 sowie in den zahlreichen beigelegten Unterlagen enthalten. 2008 hat die Klinik Hohenegg die Urkunde «Comitted to Excellence» der Swiss Association for Quality erhalten. Diese Auszeichnung bestätigt, dass die Klinik ein funktionierendes Qualitätsmanagement-System besitzt. Die Punkte für Dokumentation und Nutzung werden vergeben.

7) Q-Verantwortlicher

Der Homepage ist zu entnehmen, dass die Hohenegg über eine Leiterin QM verfügt. Dem Organigramm ist auch zu entnehmen, dass diese direkt der Klinikleitung unterstellt ist. Damit ist die personelle Zuständigkeit geklärt und institutionell verankert. Die geforderte Dokumentation ist gegeben.

12 Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw)

12.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für die Integrierte Psychiatrie Winterthur folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
1	30% / 3 = 0.1	0
= 1 + 0.1 + 0 = 1.1		

12.2 Qualität

12.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „8“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit zufriedenstellend belegt. 3 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, weitere 4 Punkte aufgrund der Dokumentation sowie 1 Punkt für die erkennbare Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises.

12.2.2 Datengrundlage

Der Bewerbung der ipw liegen über dreissig qualitätsrelevante Dokumente bei. Gut die Hälfte davon ist jedoch älteren Datums (2006 und früher). Bewertet werden aber gemäss Vorgaben im Bewerbungsdossier nur Qualitätsbestrebungen der letzten 3 Jahre. Im Vordergrund stehen Evaluationsberichte und Studien. Kaum vorhanden sind Konzepte und Arbeitsinstrumente. Damit fehlen Dokumente, welche die Systematik des Qualitätsmanagements, seine Instrumente und institutionelle Verankerung abbilden.

Konkret liegen folgende Dokumente vor:

- Behandlungsevaluationen Bericht 2003-2007, Bericht 2004-2008 sowie Bericht 2006-2009
- Effektstärken der AMDP-Syndromskalen 2008-2010

- Poster: Case Management versus ambulante ipw-Standardbetreuung bei SI-Patienten aus dem Bereich Erwachsenenpsychiatrie
- Aggressionsereignisse auf Akutstationen der ipw (Diplomarbeit)
- Schliessungszeiten Akutstationen 2008 (Protokoll)
- Qualitative Auswertung Case Management bei einem SI-Patienten
- Schweregrad-Verlaufsmessungen 2005-2008 mit dem Beck-Depressions-Inventar BDI & der Hamilton-Depressionsskala HAM-D in der Depressions- und Angststation DAS
- Beurteilung der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen bei stationären Patienten 2001-2009 mittels dem Fähigkeits-/Beeinträchtigungs-Score (FaeBe)
- Behandlungsschweregrad, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der ipw Spezialstation Villa (Psychotherapiestation für junge Erwachsene), Evaluationsbericht 2008
- Bericht_Vernetz-Studie (Befragung zur psychiatrischen Versorgung und Vernetzung in den Regionen Winterthur und Zürcher Unterland)
- Stadt statt Land: Evaluation der Auswirkungen eines strukturellen Faktors auf die Gemeindefürhe und Niederschwelligkeit der Akutpsychiatrie
- Externer QM-Report 2008 2009 Analyse der PSYREC-Daten
- Veränderung des sozialen Funktionsniveaus (GAF-Score) während und Beurteilung der Wirksamkeit (CGI) der psychiatrischen Behandlungen 2001-2007/2008-2010
- Veränderungen verschiedener Merkmale bei Patienten im Methadonsubstitutionsprogramm oder in der Kokainsprechstunde der ISW
- Systemeffekte der Versorgungsqualität im Benchmark

12.2.3 Detailbewertung

	Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
1	Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? <u>Outcome (ANQ/Psyrec-KTR)</u>	1	1	1
2	Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	0	1	0
3	Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	1	0
4	Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		0	
5	Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	0	0	0
6	Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	1	1	0
7	Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	0	0	

	Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
	Zwischentotal	3	4	1
	Total	8		

Tabelle 12 Qualitätsbeurteilung ipw

12.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Die ipw gibt selbst an regelmässige Qualitätsmessungen durchzuführen. Dies ist auch dokumentiert mit zahlreichen Berichten (Behandlungsevaluation ipw, Jährlicher Bericht, Basisdaten- und Outcome-Statistik für die Jahre 2003-2007, 2004-2008 und 2006-2009; Effektstärken der AMDP-Syndromskalen). Ebenfalls liegt ein externer QM-Report für die Jahre 2008 und 2009, Analyse der PSYREC-Daten für die ipw vor.

Für die Dokumentation kann damit ein Punkt vergeben werden. Auch die Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises wird indirekt über die zahlreichen Evaluationen ersichtlich. Der Punkt wird ebenfalls zugesprochen.

2) Patientenzufriedenheit

Die ipw gibt selbst an keine regelmässigen und vergleichbaren Patientenbefragungen durchzuführen und deren Ergebnisse öffentlich bekannt zu machen. Dem Externen QM-Report 2008 und 2009, dem jährlichen Bericht zur Behandlungsevaluation ipw „Basisdaten- und Outcome-Statistik 2006 – 2009“ sowie der Analyse der PSYREC-Daten ist jedoch zu entnehmen, dass regelmässige Zufriedenheitserhebungen mittels ZÜPAZ durchgeführt werden, weshalb hier eine Punktvergabe erfolgt. Inwiefern die Ergebnisse auch im Sinne des Q-Regelkreises verwendet werden, ist jedoch nicht bekannt. Der Punkt wird nicht vergeben.

3) Benchmarking

Die ipw gibt selbst an, regelmässig an Qualitätsmessungen inkl. Benchmarking beteiligt zu sein. Der externe QM-Report 2008 und 2009, Analyse der PSYREC-Daten, belegt dies. Ob die Ergebnisse auch zur Qualitätsentwicklung im Sinne des Regelkreises genutzt werden, wird aus den Unterlagen nicht ersichtlich. Damit kann nur der Punkt für die Dokumentation zugesprochen werden.

4) Transparenz

Explizit ist das Thema Qualität auf der Homepage der ipw nicht vorhanden. Die Jahresberichte stehen zur Verfügung, enthalten aber nur ansatzweise Informationen zu Qualitätsentwicklung und Qualitätsergebnissen. Zu finden ist lediglich eine Medienmitteilung, welche konstatiert, dass Zuweisende und Patienten zufriedener und Wiedereintritte und Zwangseinweisungen im Vergleich mit anderen Regionen seltener sind, über konkrete Ergebnisse liegen jedoch keine Informationen vor. Der Punkt wird daher nicht angerechnet.

5) CIRS

Die ipw gibt selbst an bis heute über kein Berichtssystem über kritische Zwischenfälle zu verfügen. Es ist dazu auch diesbezüglich nichts dokumentiert.

6) Q-Konzept

Die ipw gibt selbst an über ein Qualitätskonzept zu verfügen. Ein Konzept liegt auch vor (Qualip-W, Qualitätsmanagement-System der ipw, Konzept). Es stammt jedoch aus dem Jahr 2002. Ein elektronisch publizierter Artikel²⁵ legt nahe, dass weiterhin ein aktuelles Q-Konzept besteht. Der Punkt wird somit angerechnet. Ob das Konzept auch im Sinne des Q-Regelkreises genutzt wird, kann den Unterlagen nicht entnommen werden. Es erfolgt keine Punktvergabe.

²⁵ qtools. Ein datenbasiertes, computergestütztes Qualitätsmanagementsystem im Modellprojekt Integrierte Psychiatrie Winterthur (Zürich/Schweiz), A. Andrae, Ch. Schuetz; ipw – Integrierte Psychiatrie Winterthur (Zürich/Schweiz) (http://vfss-lb.itds.ch/VFS-DFA-9677-IPW_Poster_03.pdf, 30.06.2011).

7) *Q-Verantwortlicher*

Die ipw führt eine Abteilung für Behandlungsevaluation zur laufenden Entwicklung, Überprüfung und Bewertung ihres Versorgungsangebotes. Gemäss eigenen Angaben verfügt die ipw aber über keinen Q-Beauftragten mit definierten Aufgaben und Kompetenzen. Deshalb kann hier keine Punktvorgabe erfolgen.

13 Kantonsspital Winterthur, sozialpädiatrisches Zentrum

13.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für das Kantonsspital Winterthur folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
1.2	0% / 3 = 0	0
= 1.2 + 0 + 0 = 1.2		

13.2 Qualität

13.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „7“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit zufriedenstellend belegt. 6 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, ein weiterer Punkt aufgrund der CIRS Dokumentation. Eine Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises ist nicht erkennbar (0 Punkte).

13.2.2 Datengrundlage

Der Bewerbung des Kantonsspitals Winterthur liegen keine qualitätsbezogene Unterlagen bei. Zwar sind im Register 4 13 Dokumente aufgelistet, diese wurden jedoch nicht eingereicht und können deshalb betreffend die Dokumentation und Nutzung im Sinne von RADAR nicht in die Bewertung mit einbezogen werden. Die Selbstdeklaration hingegen kann beurteilt werden, da die entsprechenden Rubriken im Bewerbungsdossier ausgefüllt vorliegen.

Auf der Homepage sind spezifische Informationen zu Qualitätsmanagement, Patientenzufriedenheit, Outcome-Messungen, CIRS und Beschwerdemanagement zu finden. Diese Angaben betreffen jedoch das gesamte Kantonsspital Winterthur. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern diese Informationen auch das sozialpädiatrische Zentrum betreffen resp. dessen Werte sind nicht sichtbar.

13.2.3 Detailbewertung

	Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbstdeklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
1	Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? Outcome (ANQ/Psyrec-KTR)	1	0	0
2	Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt? Patientenzufriedenheit	1	0	0

	Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
3	Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	0	0
4	Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		0	
5	Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	1	1	0
6	Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	1	0	0
7	Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	1	0	
	Zwischentotal	6	1	0
	Total	7		

Tabelle 13 Qualitätsbeurteilung Kantonsspital Winterthur, sozialpädiatrisches Zentrum

13.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Kann aufgrund fehlender Dokumentation nicht beurteilt werden. Es kann nur ein Punkt für die Selbstdeklaration vergeben werden.

2) Patientenzufriedenheit

Kann aufgrund fehlender Dokumentation nicht beurteilt werden. Es kann nur ein Punkt für die Selbstdeklaration vergeben werden.

3) Benchmarking

Kann aufgrund fehlender Dokumentation nicht beurteilt werden. Es kann nur ein Punkt für die Selbstdeklaration vergeben werden.

4) Transparenz

Für das sozialpädiatrische Zentrum liegen auf der Homepage keine qualitätsbezogenen Ergebnisse vor. Der Punkt kann nicht vergeben werden.

5) CIRS

Die Beschreibung des CIRS auf der Homepage kann für eine Punktvergabe genutzt werden. Ob das CIRS aber auch im Sinne des Q-Regelkreises genutzt wird, ist jedoch nicht ersichtlich.

6) Q-Konzept

Kann aufgrund fehlender Dokumentation nicht beurteilt werden. Es kann nur ein Punkt für die Selbstdeklaration vergeben werden.

7) Q-Verantwortlicher

Kann aufgrund fehlender Dokumentation nicht beurteilt werden. Es kann nur ein Punkt für die Selbstdeklaration vergeben werden.

14 Kinderspital Zürich, Eleonorenstiftung

14.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für das Kinderspital Zürich, Eleonorenstiftung, folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
1.2	0% / 3 = 0	0
= 1.2 + 0 + 0 = 1.2		

14.2 Qualität

14.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „8“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit zufriedenstellend belegt. 6 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, zwei weitere Punkte aufgrund der Dokumentation. Eine Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises ist nicht erkennbar (0 Punkte).

14.2.2 Datengrundlage

Die Bewerbung des Kinderspitals Zürich beinhaltet folgende qualitätsbezogenen Dokumente:

- Konzept für die psychosomatisch-psychiatrische Therapiestation des Kinderspital Zürichs, welches auch ein Kapitel zu Qualitätssicherung enthält. Dieses skizziert die Grundzüge des QM.
- Qualitätshandbuch für die Verwaltung (unbekanntes Datum), welches Organisation und Abläufe der Verwaltung definiert.
- Strategiedokument der Qualitätskommission
- Vorlage für das Beschwerdemanagement für PatientInnen / Angehörige
- CIRS Prozessbeschreibung und ein Meldeformular
- Evaluation der stationären Behandlung in Form einer Dissertation aus dem Jahr 2007.

Insgesamt gibt die Dokumentation nur bedingt Einblick in die effektiven Tätigkeiten des Spitals im Bereich des Qualitätsmanagements.

Die Homepage des Kinderspitals Zürich verfügt über eine Rubrik Qualitätsmanagement, unter welcher die QM-Strategie kurz beschrieben ist, die Qualitätsorganisation dargelegt ist (inkl. Organigramm), eine Beschreibung des Critical Incident Monitoring (inkl. durchgeführte Verbesserungsmaßnahmen), ein Feedbackformular für Kritik und Verbesserungsvorschläge sowie Kontaktangaben zum QM-Beauftragten. Dies alles gilt jedoch für das Kinderspital insgesamt, nicht spezifisch für die psychosomatische psychiatrische Therapiestation.

14.2.3 Detailbewertung

	Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
1	Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? <u>Outcome (ANQ/Psyrec-KTR)</u>	1	0	0
2	Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	1	0	0
3	Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	0	0
4	Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		0	
5	Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	1	1	0
6	Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	1	0	0
7	Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	1	1	
	Zwischentotal	6	2	0
	Total	8		

Tabelle 14 Qualitätsbeurteilung Kinderspital Zürich

14.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Es liegt keine Dokumentation zu routinemässigen Outcome-Messungen vor. Entsprechend ist auch eine Nutzung im Sinne des Regelkreises nicht ersichtlich. Die Punktvergabe erfolgt nur für die Selbstdeklaration.

2) Patientenzufriedenheit

Aus den Unterlagen geht nicht hervor, ob sich die Klinik darum bemüht etwas über die Zufriedenheit der Patienten zu erfahren und daraus zu lernen. Konkrete Messresultate fehlen. Die Punktvergabe erfolgt nur für die Selbstdeklaration.

3) Benchmarking

Aus den Unterlagen und aus der Homepage geht nicht hervor, inwiefern sich die Klinik bemüht, ihre Arbeit mit anderen extern oder intern über Stationen hinweg zu vergleichen und daraus zu lernen. Die Punktvergabe erfolgt nur für die Selbstdeklaration.

4) *Transparenz*

Auf der Homepage werden keine qualitätsbezogenen Ergebnisse publiziert (keine Punktevergabe).

5) *CIRS*

Auf der Homepage befinden sich Prozessbeschreibung und Formular für das Critical Incidents Monitoring. Die Prozessbeschreibung umfasst auch die Besprechung möglicher Massnahmen. Ob dies auch so umgesetzt wird, ist jedoch nicht ersichtlich, weshalb nur für die Dokumentation, nicht aber für die Nutzung ein Punkt vergeben werden kann.

6) *Q-Konzept*

In den Unterlagen finden sich zwar einige Hinweise zur Qualitätsstrategie, diese stellen jedoch keine eigentliche Dokumentation des Qualitäts-Konzeptes dar. Deshalb erfolgt ausschliesslich eine Punktevergabe für die Selbstdeklaration.

7) *Q-Verantwortlicher*

Auf der Homepage wird explizit auf den QM-Beauftragten hingewiesen. Ebenfalls sind die Qualitätsorganisation, die Aufgaben und Kompetenzen skizziert. Es erfolgt deshalb eine Punktevergabe für die Dokumentation.

15 Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Zürich

15.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste Zürich KJPD folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
1.2	53% / 3 = 0.176	0
= 1.2 + 0.176 + 0 = 1.376		

15.2 Qualität

15.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „4“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit minimal belegt. 3 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, ein weiterer Punkt aufgrund der Dokumentation. Eine Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises ist nicht erkennbar (0 Punkte).

15.2.2 Datengrundlage

Die Dokumentation des KJPD Zürich umfasst drei Berichte zur Dokumentation der Behandlungsqualität für die Jahre 2007, 2009 und 2010, eine Diplomarbeit aus dem Jahr 2007 zum Thema „Internes Kontrollsystem in einer psychiatrischen Klinik zur Risiko- und Prozessunterstützung“, die Resultate der Umfrage 2010 zur Beurteilung der Weiterbildung durch die Assistenzärztinnen und -ärzte sowie der Akademische Bericht 2009.

Auf der Homepage sind keine Angaben zu Qualitätsmanagement und Q-Organisation enthalten. Und es sind keine qualitätsbezogenen Ergebnisse zu finden.

15.2.3 Detailbewertung

	Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
1	Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? <u>Outcome (ANQ/Psyrec-KTR)</u>	0	0	0
2	Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	1	1	0
3	Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	0	0	0
4	Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		0	
5	Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	1	0	0
6	Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	0	0	0
7	Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	1	0	
	Zwischentotal	3	1	0
	Total	4		

Tabelle 15 Qualitätsbeurteilung KJPD Zürich

15.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Die Dokumentation der Behandlungsqualität, wie sie durch den KJPD erfolgt, genügt den Anforderungen nicht, die im Rahmen dieser Bewertung an die Outcome-Messung gestellt werden. Der KJPD gibt auch selbst an bisher keine Outcome-Messungen durchgeführt zu haben. (Der Punkt wird jedoch für die Erhebung der Patientenzufriedenheit erteilt, da diese in der Dokumentation der Behandlungsqualität mit enthalten ist (vgl. unten).)

2) Patientenzufriedenheit

Die Beurteilung der *Behandlungszufriedenheit* erfolgt im KJPD mit den FBB (Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung). Das Instrument besteht aus 3 Versionen, je einer für Therapeuten, Mutter und/oder Vater des Patienten und für Jugendliche. Es handelt sich um die Beurteilung des Behandlungserfolges hinsichtlich Prozessqualität und Ergebnisqualität durch die Eltern, Kinder (ab 12 Jahre) und Therapeuten. Durch den Einbezug von Erfolgs- und Beziehungs- / Kooperations-Dimensionen sollen die Ergebnis- und Prozess-Aspekte erfasst werden.

Die Dokumentation der Behandlungsqualität liegt für die Jahre 2007, 2009 und 2010 vor. Für die Dokumentation wird somit ein Punkt vergeben. Ob aus den Ergebnissen auch Massnahmen abgeleitet und umgesetzt werden, wird aus den Unterlagen nicht ersichtlich (keine Punktevergabe).

3) *Benchmarking*

Aufgrund der Selbstdeklaration führt der KJPD bisher keine vergleichenden Qualitätsmessungen durch. Auch aus den Unterlagen und aus der Homepage geht nicht hervor, inwiefern sich die Klinik bemüht, ihre Arbeit mit anderen extern oder intern über Stationen hinweg zu vergleichen und daraus zu lernen (keine Punktevergabe).

4) *Transparenz*

Auf der Homepage werden keine qualitätsbezogenen Ergebnisse publiziert (keine Punktevergabe).

5) *CIRS*

Die Diplomarbeit zum Thema „Internes Kontrollsystem in einer psychiatrischen Klinik zur Risiko- und Prozessunterstützung“ umfasst eine systematische Darstellung vorhandener Prozesse und Kontrollen als Basis zur Umsetzung eines internen Kontrollsystems. Es ist aber offen, inwiefern das System umgesetzt wurde. Es kann deshalb nur für die Selbstdeklaration ein Punkt vergeben werden.

6) *Q-Konzept*

Hier gilt dasselbe wie bei CIRS. Die Diplomarbeit enthält Grundlagen für ein Q-Konzept. Es bleibt aber unklar, inwieweit das System umgesetzt wurde. Der KJPD gibt denn auch nicht an über ein entsprechendes Konzept zu verfügen (keine Punktevergabe).

7) *Q-Verantwortlicher*

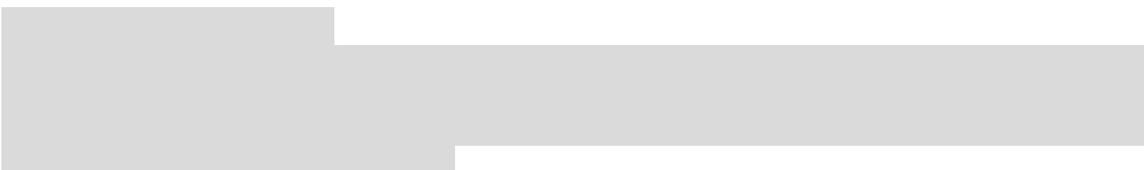
Der KJPD gibt an über einen Q-Verantwortlichen zu verfügen. Es liegen aber keine Angaben zur Qualitätsorganisation und zu den Aufgaben und Kompetenzen des Q-Beauftragten vor. Die Punktevergabe erfolgt nur für die Selbstdeklaration.

16 Klinik am Zürichberg

16.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit



16.2 Qualität



2) Patientenzufriedenheit



17 Klinik Meissenberg

17.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für die Klinik Meissenberg Zug folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
0.8	11% / 3 = 0.036	0
= 0.8 + 0.036 + 0 = 0.836		

17.2 Qualität

17.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „13“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit gut belegt. 6 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, 5 Punkte aufgrund der Dokumentation. Eine Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises ist punktuell erkennbar (2 Punkte).

17.2.2 Datengrundlage

Die Klinik Meissenberg hat eine Reihe von qualitätsbezogenen Dokumenten mit der Bewerbung eingereicht. Es handelt sich dabei insbesondere um folgende Dokumentarten:

- Berichte zur Patientenzufriedenheit
- Verschiedene Qualitätsberichte zur Gesamtklinik sowie zu verschiedenen Abteilungen (für die Jahre 2007-2009), zuzüglich Qualitätsbericht H+ qualité 2009
- Katamnesestudien zur Gesamtklinik und zu verschiedenen Diagnosegruppen

Die Klinik Meissenberg hat ebenfalls aufgeführt, welche Dokumente ihres Erachtens als struktur- und prozessbezogene Informationen gelten könnten (wie bspw. Behandlungs- und Therapiekonzepte, allgemeine Stellenbeschriebe, Einzelfallbeschreibungen, Merkblätter). Damit signalisiert die Klinik Meissenberg neben der reichhaltigen Dokumentation ein Qualitätsmanagementverständnis, welches Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität mit einschliesst.

In einem Begleitschreiben wird dargelegt, inwiefern die Messungen der Klinik Meissenberg ähnlich resp. different zu jenen Messungen gemäss Vorgaben PSYREC-KTR sind (OQ-45, GAF, ZÜPAZ). Die diesbezüglichen Erläuterungen weisen auf eine Beobachtung von Entwicklungen auch ausserhalb des Kantons hin und beinhalten methodische Überlegungen.

17.2.3 Detailbewertung

Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RA-DAR / Q-Regelkreis erkennbar?
Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor?	1	1	0
<u>Outcome</u> (ANQ/Psyrec-KTR)			
Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt?	1	1	0
<u>Patientenzufriedenheit</u>			
Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt?	1	1	1
<u>Benchmarking</u>			
Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert?		1	
<u>Transparenz</u>			
Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)?	1	0	0
<u>CIRS</u>			
Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept?	1	0	1
<u>Q-Konzept</u>			
Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt?	1	1	
<u>Q-Verantwortlicher</u>			
Zwischentotal	6	5	2
Total		13	

Tabelle 17 Qualitätsbeurteilung Meissenberg Zug

17.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Die Qualitätsberichte der Jahre 2007 bis 2009 beinhalten Symptombelastungs-Outcome-Messungen mittels SCL-90-R, eingesetzt bei Ein- und Austritt. Die Jahresberichte zeigen auf, dass diese Messungen jährlich vorgenommen sowie Mehrjahresvergleiche durchgeführt wurden.

Mit diagnosespezifischen Messinstrumenten werden weitere Outcome-Messungen vorgenommen. Auch diese werden jährlich wiederkehrend durchgeführt und beinhalten jeweils einen Mehrjahresvergleich.

Inwiefern die Outcome-Messungen im Sinne eines RADARs genutzt werden, ist aus den Unterlagen nicht ersichtlich (keine Punktevergabe).

2) Patientenzufriedenheit

Patientenzufriedenheitsmessungen werden jährlich durchgeführt sowie systematisch ausgewertet (eigener Bericht unter Angabe der Methodik, Darstellung der Ergebnisse sowie mögliche Interpretation der Ergebnisse inkl. Aufzeigen von Handlungserfordernissen). Die Auswertungen beinhalten auch Vergleiche zu den Vorjahren (bis 2003). Ebenfalls erfolgen Vergleiche bzgl. der Patientenzufriedenheit mit anderen Kliniken.

Inwiefern die Patientenzufriedenheitsergebnisse im Sinne eines RADARs genutzt werden, ist aus den Unterlagen nicht ersichtlich (keine Punktevergabe).

3) Benchmarking

Die Berichte zeigen einen Vergleich über die Jahre und einen Vergleich zwischen Diagnosegruppen. Ein externes Benchmarking wird gemäss den Berichten mit der Klinik Roseneck (D), der PUK, der Klinik SGM Langenthal, der Clenia Schlössli, der Clenia Littenheid, der Klinik Sonnenhalde und der Klinik Zugersee durchgeführt. Ebenfalls erfolgt eine Reflektion der eigenen Ergebnisse im Vergleich zu Literatur und Forschung.

Das Benchmarking erfolgt struktur- (bspw. Betten, Mitarbeitende), prozess- (bspw. Behandlungsdauer, Zwangsmassnahmen) und outcome-bezogen (Patientenzufriedenheit, Symptombelastung).

Aus den im Qualitätsbericht 2009 dargelegten Qualitätsprojekten wird ersichtlich, dass aus den vergleichenden Ergebnissen Schlussfolgerungen gezogen werden und diese im Sinne des RADARs zu Massnahmen führen (vgl. DIPS-Messungen). Es können somit drei Punkte vergeben werden, für die Selbstdeklaration, die Dokumentation und die Nutzung im Sinne des Regelkreises.

4) Transparenz

Die Patientenzufriedenheitsberichte 2008 - 2010, die Zusammenfassung der Mitarbeitenden-zufriedenheitsbefragung 2010 und die Qualitätsberichte 2010 sind auf der Homepage der Klinik vollständig publiziert (1 Punkt).

5) CIRS

In der Selbstdeklaration wird angegeben, dass die Klinik Meissenberg über ein CIRS verfügt. Es liegen diesbezüglich jedoch keine weiteren schriftlichen Informationen vor. Auch zur Umsetzung im Sinne des RADARs liegen keine Angaben vor (Punktevergabe nur für Selbstdeklaration).

6) Q-Konzept

Gemäss eigenen Angaben verfügt die Klinik über ein Q-Konzept (1 Punkt). Ein umfassendes Qualitätskonzept ist in den Unterlagen als solches jedoch nicht erkennbar (keine Punktevergabe für die Dokumentation). Jedoch legt der Qualitätsbericht 2009 verschiedene Qualitätsprojekte dar, welche ein gelebtes Qualitätsmanagement im Sinne des RADARs erkennen lassen (1 Punkt für die Nutzung).

7) Q-Verantwortlicher

Dass ein Qualitätsverantwortlicher besteht, welcher Mitglied der Geschäftsleitung ist, ist dem Qualitätsbericht 2009 zu entnehmen. Ebenfalls sind verschiedene qualitätsbezogene H+-Berichte vom Qualitätsverantwortlichen mit Funktionsbezeichnung unterschrieben. Damit ist die Qualitätsorganisation ausreichend dokumentiert.

18 Klinik Sonnenhof

18.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für die Klinik Sonnenhof den folgenden Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
1.2	18% / 3 = 0.06	0
= 1.2 + 0.06 + 0 = 1.26		

18.2 Qualität

18.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „9“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit zufriedenstellend belegt. 4 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, 4 weitere Punkte aufgrund der Dokumentation. Eine Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises ist punktuell erkennbar (1 Punkt).

18.2.2 Datengrundlage

Die Klinik Sonnenhof hat folgende qualitätsbezogenen Dokumente mit der Bewerbung eingereicht:

- Kundenzufriedenheitsmessungen Eltern und Einweiser / Behörden 2008, 2009, 2010
- Mitarbeitendenbefragung 2010: klinikindividueller Bericht 2010 sowie Benchmarkingbericht 2010
- SQS Auditbericht 2010 Rezertifizierung ISO
- Beurteilungen (Feedback Teilnehmende) verschiedener Fachtagungen.

18.2.3 Detailbewertung

Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbstdeklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RA-DAR / Q-Regelkreis erkennbar?
Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? <u>Outcome</u> (ANQ/Psyrec-KTR)	0	0	0
Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	1	1	0
Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	1	0
Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		1	

Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	0	0	0
Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	1	1	1
Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	1	0	
<u>Zwischentotal</u>	4	4	1
<u>Total</u>		9	

Tabelle 18 Qualitätsbeurteilung Sonnenhof

18.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

In der Selbstdeklaration per 2009 wird angegeben, dass keine Outcome-Messungen durchgeführt werden. Auch aus den vorliegenden Unterlagen sind auch keine behandlungsrelevanten Outcome-Messungen ersichtlich. Es erfolgt deshalb keine Punktevergabe.²⁶

2) Patientenzufriedenheit

Die Klinik gibt an regelmässige Patientenbefragungen durchzuführen. Aufgrund der eingereichten Unterlagen wird nicht ersichtlich, inwiefern die eigentlichen Patient/innen, also Kinder und Jugendliche, zu ihrer Zufriedenheit befragt werden. Hingegen liegen 2008-2010 quartalsbezogene Befragungsergebnisse von Eltern und Behörden vor. Vermutlich wurden diese anstelle der Patient/innen im Sinne der Personen mit elterlicher Gewalt und/oder mit vormundschaftlichem Mandat resp. Einweiserkompetenz befragt. Da die Thematik der direkten Befragung von Kindern und Jugendlichen immer wieder diskutiert wird und oftmals, wie hier vorliegend, „Stellvertreterbefragungen“ erfolgen, wurden die vorliegenden Messungen mit einbezogen (Punktevergabe für Selbstdeklaration und Dokumentation).

Aus den vorliegenden Unterlagen ist nicht ersichtlich, inwiefern wie die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung im Sinne eines RADARs genutzt werden.

3) Benchmarking

Die Klinik führt nach eigenen Angaben vergleichende Messungen durch. Zudem ist den Unterlagen zu entnehmen, dass ein Benchmarking betreffend Mitarbeitendenzufriedenheit besteht. Es liegt ein Bericht vor, ausgewertet durch MECON, in welchem die folgenden Kliniken verglichen werden: Kantonale Psychiatrische Dienste St.Gallen Nord (Wil), Kantonale Psychiatrische Dienste St.Gallen Süd (Pfäfers), Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Psychiatrische Dienste Münsterlingen, Psychiatrisches Zentrum Herisau, Klinik Sonnenhof (Ganterschwil).

Aus den vorliegenden Unterlagen ist jedoch nicht ersichtlich, inwiefern die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung im Sinne eines RADARs genutzt werden, deshalb erfolgt die Punktevergabe nur für Selbstdeklaration und Dokumentation.

²⁶ Gemessen wird hingegen die Mitarbeiterzufriedenheit; dieser Indikator für Ergebnisqualität stellt jedoch kein direkt behandlungsbezogenes Outcome-Kriterium dar und ist daher nicht in die Beurteilung bzgl. Outcome-Messungen inkludiert.

4) *Transparenz*

In den Jahresberichten 2008-2010 werden die summarischen Ergebnisse der Kundenzufriedenheitsbefragungen (Eltern sowie Behörden/ Zuweisende) als fixe Rubrik veröffentlicht. Die Jahresberichte 2008 bis 2010 enthalten auch einen graphischen Vergleich der jeweiligen summarischen Ergebnisse (2008: 2002 – bis 2008; 2009: 2002-2009; 2010: 2003-2010).

5) *CIRS*

Gemäss Selbstdeklaration ist kein CIRS vorhanden. Es sind auch in den elektronischen und papiernen Unterlagen keine entsprechenden Hinweise vorhanden (keine Punktevergabe).

6) *Q-Konzept*

Das Q-Konzept des Sonnenhofs, so die im Jahresbericht 2010 enthaltene Information, beinhaltet ein QM-System nach ISO sowie das Arbeiten gemäss „Quality4Children“. Dass das QMS nach ISO umgesetzt wird, ist dem vorliegenden Auditbericht „Rezertifizierung ISO 9001:2008“, welcher von der SQS am 14.06.2010 erstellt wurde, zu entnehmen. Das Qualitätskonzept fokussiert insbesondere die Prozesse, deren Umsetzung sowie deren regelmässige Überprüfung. Ebenfalls wichtig ist ein Management mittels Kennzahlen, welche im Qualitätsbericht fungieren und auf deren regelmässige Besprechung und Reflektion im Auditbericht unter dem Kapitel „Management-Review“ verwiesen wird. Der Auditbericht, inkl. der darin aufgeführten internen Audits (wo sie stattgefunden haben), verweist darauf, dass das Qualitätsmanagement im Sinne des RADARs gelebt wird (Vergabe von 3 Punkten).

7) *Q-Verantwortlicher*

In der Selbstdeklaration wird darauf verwiesen, dass ein Qualitätsverantwortlicher bestimmt ist. Ebenfalls legt das Vorliegen einer ISO-Zertifizierung zwar den Schluss nahe, dass eine Person als Q-Verantwortlicher bestimmt ist. Die Funktion „Q-Verantwortlicher“ ist jedoch weder in den mit der Bewerbung eingereichten Unterlagen, noch im Organigramm, welches auf der Webseite publiziert ist, noch als Zusatzfunktion des auf der Homepage dargestellten Führungsgremiums ersichtlich (Punktevergabe nur für Selbstdeklaration).

19 Modellstation Somosa

19.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für die Modellstation Somosa folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
1.2	60% / 3 = 0.2	0
= 1.2 + 0.2 + 0 = 1.4		

19.2 Qualität

19.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „10“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit zufriedenstellend belegt. 4 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, 3 Punkte aufgrund der Dokumentation. Eine Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises ist erkennbar (3 Punkte).

19.2.2 Datengrundlage

Die Modellstation Somosa hat folgende qualitätsbezogenen Dokumente mit der Bewerbung eingereicht:

- Bericht Qualitätssicherung, in welchem über das Qualitätsmanagement und Q-Messungen berichtet wird (Stand Januar 2011)
- Diverse Studien, wie bspw. zur Diagnostik adolescentärer Dissozialisation, zu psychiatrischen Prognosen im Strafrecht bei älteren Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen oder als Katamnesestudien
- Rohdaten, wie patientenbezogene, anonymisierte Resultate DINX-DIAD 2005 bis 2010, mit follow-up – Resultaten
- Spezimen DIAD – auch als Falldokumentationen mit vergleichenden Messungen zu mehreren Zeitpunkten und Darlegung von Schlussfolgerungen aus den entsprechenden Ergebnissen

19.2.3 Detailbewertung

Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? <u>Outcome (ANQ/Psyrec-KTR)</u>	1	1	1
Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	0	0	0
Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	1	1
Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		0	
Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	0	0	0
Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	1	1	1
Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	1	0	
Zwischentotal	4	3	3
Total		10	

Tabelle 19 Qualitätsbeurteilung Somosa

19.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Die Outcome-Messungen entsprechen weder ANQ noch PSYREC-KTR, sondern beinhalten DIAD und DINX-Messungen. Diese sind als Outcome-Messungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie anerkannt. Die Studien sowie Rohdaten und Spezimen zu DIAD-Messungen (DIAD = Differenzielle klinische Diagnostik adolescentäre Dissozialisation) zeigen sowohl patientenbe-

zogen wie auch insgesamt behandlungsbezogen eine regelmässige Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Behandlung und entsprechender Massnahmen auf individueller wie konzeptioneller Ebene. Es wird ebenfalls nach Austritt ein Follow-up wahrgenommen, welches über die Wirkung über den Klinikaufenthalt hinaus Auskunft gibt und damit, so die Darlegungen im Bericht Qualitätssicherung, auch für Rückschlüsse auf die Behandlung genutzt wird. Es können somit alle 3 Punkte vergeben werden.

2) *Patientenzufriedenheit*

Die Modellstation Somosa plant die Einführung von Zufriedenheitsbefragungen per 2012. Heute sind keine entsprechenden Messungen vorliegend, auch nicht vergleichend (keine Punktevergabe).

3) *Benchmarking*

Die Qualitätsmessungen werden über die Jahre sowie zwischen mehreren Messzeitpunkten bei einem Patienten sowie im Vergleich zu wissenschaftlichen Forschungsergebnissen vergleichend eingesetzt. Der Bericht zur Qualitätssicherung legt die Nutzung der Ergebnisse ausreichend nachvollziehbar dar. Es können somit 3 Punkte vergeben werden.

4) *Transparenz*

Die Modellstation Somosa hat auf dem Internet diverse Informationen zum Qualitätsmanagement und Behandlungskonzept publiziert. Ebenfalls werden regelmässig Fachartikel publiziert. Hingegen sind qualitätsbezogene Ergebnisse nicht für die allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert, weshalb keine Punktvergabe erfolgen kann.

5) *CIRS*

Die Modellstation Somosa plant die Einführung von CIRS per 2012. Heute besteht kein CIRS (0 Punkte).

6) *Q-Konzept*

Es liegt ein umfassendes Qualitätskonzept vor, welches auch systematisch umgesetzt zu werden scheint. Diese Schlussfolgerung lässt sich einerseits aus dem Bericht Qualitätssicherung ziehen, andererseits aus den dem Bewerbungsdossier beigelegten Unterlagen, welche mit den schriftlichen Darlegungen kongruent sind. Damit können 3 Punkte vergeben werden.

7) *Q-Verantwortlicher*

Gemäss Selbstdeklaration besteht ein Qualitätsverantwortlicher; da der Bericht Qualitätssicherung vom ärztlichen Leiter unterschrieben wurde, ist zu vermuten, dass diese Funktion von ihm vorgenommen wird. Die Funktion ist jedoch nicht dokumentiert, weshalb keine Bewertung erfolgen kann.

20 Psychiatriestützpunkt Affoltern

20.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für den Psychiatriestützpunkt Affoltern folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
1	6% / 3 = 0.02	0
= 1 + 0.02 + 0 = 1.02		

20.2 Qualität

20.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „12“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit gut belegt. 5 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, 6 Punkte aufgrund der Dokumentation. Eine Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises ist punktuell erkennbar (1 Punkt).

20.2.2 Datengrundlage

Der Psychiatriestützpunkt Affoltern hat folgende qualitätsbezogenen Dokumente mit der Bewerbung eingereicht:

- Bericht Thema Datenqualität Fallgruppierung 2008 – Massnahmen für die Datenerhebung 2010 (GD)
- QM-Report PSYREC 2008/2009 (GD)
- Leitlinie Zwangsmassnahmen Spital Affoltern.
- Übersicht und Auszug aus den Geschäftsprozessen
- Spezifische Konzepte wie Mutter-Kind-Konzept
- Diverse weitere Unterlagen

20.2.3 Detailbewertung

Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbstdeklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RA-DAR / Q-Regelkreis erkennbar?
Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? <u>Outcome</u> (ANQ/Psyrec-KTR)	1	1	0
Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	1	1	0
Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	1	0
Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		0	
Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	1	1	1
Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	0	1	0
Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	1	1	
Zwischentotal	5	6	1
Total	12		

Tabelle 20 Qualitätsbeurteilung Psychiatriestützpunkt Affoltern

20.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Der Psychiatriestützpunkt Affoltern weist in den Bewerbungsunterlagen Outcome-Messungen in den Jahren 2008 und 2009 auf, wobei Symptombelastung mit den Instrumenten OQ-45, CGI, GAF und AMDP gemessen wurde. Die Auswertung erfolgte vergleichend zwischen den Bereichen ambulant, teilstationär und stationär. Die Information, dass Outcome-Messungen durchgeführt werden, findet sich kongruent hierzu auf der Homepage.

Aus den vorliegenden Unterlagen ist nicht ersichtlich, inwiefern wie die Ergebnisse der Outcome-Messungen im Sinne eines RADARs genutzt werden (2 Punkte, für Selbstdeklaration und Dokumentation).

2) Patientenzufriedenheit

Es liegen Messungen zur Patientenzufriedenheit 2008 und 2009, mittels des Messinstruments ZÜPAZ erhoben, vor, welche auch spitalvergleichend im Rahmen von PSYREC-KTR ausgewertet wurden. Der ZÜPAZ wird ausschliesslich im stationären Bereich eingesetzt. Die Information, dass Patientenzufriedenheitsmessungen durchgeführt werden, findet sich ebenfalls kongruent hierzu auf der Homepage.

In der Psychotherapie erfolgt die Befragung sowohl unmittelbar nach Austritt sowie zwei Jahre später.

Aus den vorliegenden Unterlagen ist nicht ersichtlich, inwiefern wie die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung im Sinne eines RADARs genutzt werden (2 Punkte, für Selbstdeklaration und Dokumentation).

3) Benchmarking

Vergleiche der Outcome-Messungen bestehen zwischen den verschiedenen Bereichen - ambulant, teilstationär und stationär – sowie mit anderen Zürcher Kliniken im Rahmen von PSYREC-KTR-Messungen 2008 und 2009.

Das zwangsmassnahmenbezogene Vorgehen ist sehr detailliert beschrieben. Es geht jedoch nicht daraus hervor, inwiefern dieser gemäss ANQ als „ergebnisorientierter Prozessindikator“ geltende Indikator auch systematisch ausgewertet wird und die Ergebnisse zwischen den Stationen verglichen und/oder mit anderen Spitälern verglichen werden. Aus den vorliegenden Unterlagen ist nicht ersichtlich, inwiefern die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung im Sinne eines RADARs genutzt werden (2 Punkte, für Selbstdeklaration und Dokumentation).

4) Transparenz

Das Spital Affoltern weist in den somatischen Bereichen eine sehr hohe Transparenz auf, da die Messungen, die Resultate sowie die Vergleichsspitäler, teilweise über mehrere Jahre, auf der Homepage dargelegt sind. Auf der Homepage fehlen jedoch entsprechende Informationen für die Psychiatrie (0 Punkte).

5) CIRS

Die im Bewerbungsdossier vorgenommenen Kommentare legen dar, dass ein CIRS besteht, welches von den Mitarbeitenden genutzt wird. Dieses wird auch im Sinne des RADARs soweit genutzt, dass mehrere Male pro Jahr CIRS-Besprechungen durchgeführt werden.

Auf der Homepage wird der CIRS-Prozess beschrieben, inkl. Umsetzung von Lern- und Fehlerkultur und der damit verbundenen Umsetzung gemäss dem RADAR-Prinzip. Ein gelebtes CIRS ist ebenfalls aus dem Grund anzunehmen, als der Psychiatriestützpunkt Affoltern eine FMH/SWIF anerkannte Aus- und Weiterbildungsstätte ist (Kategorie A, 3 Jahre, stationär) und damit ein CIRS zwingend vorhanden sein muss (konzeptionell sowie in der konkreten Praxisumsetzung) (3 Punkte).

6) Q-Konzept

Gemäss Eigendeklaration besteht kein umfassendes Qualitätsmanagementkonzept. Mit Blick auf die Homepage zeigt sich jedoch, dass im Gesamtspital ein sehr differenzierter, multiperspektivischer und multimethodischer Zugang zu Qualitätsthemen besteht. Daraus kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass zwar kein Konzept an und für sich, aber doch eine klare Konzeption bzgl. des Qualitätsmanagements besteht. Untermauert wird dies dadurch, dass auf der Homepage das Qualitätsverständnis ausführlich dargelegt ist und damit eine Art

Qualitätspolitik besteht. Inwiefern die Q-Ergebnisse insgesamt systematisch im Sinne des RADARs genutzt werden, ist jedoch aufgrund vorliegenden Bewerbungsunterlagen und der Homepage kaum ersichtlich (1 Punkt für die Dokumentation).

7) Q-Verantwortlicher

In der Eigendeklaration besteht ein Q-Verantwortlicher. Das auf der Homepage publizierte Organigramm führt die Funktion „Controlling/QM“ als Stabstelle der Direktion auf und damit auch in der Mit-Zuständigkeit für alle Bereiche des Spitals, inkl. der Psychiatrie. Da auf der Homepage die qualitätsbezogenen Informationen zur Psychiatrie im Unterschied zum Gesamtspital geringer sind, ist allenfalls die Frage zu stellen, ob der Q-Verantwortliche in allen Bereichen gleichermassen tätig ist. Da dies aufgrund der Unterlagen nicht beurteilt werden kann, wird im Sinne der Strukturqualität dieser Aspekt hier vorliegend positiv beurteilt.

Es besteht eine Prozessbeschreibung Psychiatrie, welche den Prozessverantwortlichen klar benennt und die Q-Verantwortung somit beim Chefarzt Psychiatrie liegt (2 Punkte).

21 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)

21.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich PUK den folgenden Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
1	30% / 3 = 0.1	0
= 1 + 0.1 + 0 = 1.1		

21.2 Qualität

21.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „17“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit gut belegt. 6 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, 7 Punkte aufgrund der Dokumentation. Eine Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises ist ebenfalls deutlich erkennbar (4 Punkte).

21.2.2 Datengrundlage

Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich PUK hat folgende qualitätsbezogenen Dokumente mit der Bewerbung eingereicht:

- PUK Q-Bericht PSYREC-KTR 2008-2009
- CIRS: Meldungen und Massnahmen 2010, CIRS-Projektvereinbarung mit UPD Bern und UPK Basel 2006
- Dokumentationen Direktion Pflege, Therapien und Sozialdienst DPTS: Qualitätsprüfung Aromapflege, Auswertung Cool Down Pink Isolierzimmer, Jahresbericht Hygiene 2010, Tiergestützte Therapien 2010, evidenzbasierte Praxis am Beispiel des Wochenprogramms
- Qualitätssicherung Direktion Pflege, Therapien und Sozialdienst DPTS: Q-sichernde Massnahmen Arbeitstherapie, Ergotherapie, Sozialdienst, Therapien GPZ, physische Umgebungsfaktoren, etc.
- Klinik- und Verwaltungsnormen: Hygienekommission, Informatikstandards, Unfallverhütung
- Elektronisches Qualitätshandbuch mit diversen Dokumenten und den Kapiteln Einleitung, Management, Patientenversorgung, Lehre/Ausbildung/Forschung, Schulung/Beratung, Personal, Dienstleistungen, Finanzen/Controlling, Öffentlichkeitsarbeit, History.

21.2.3 Detailbewertung

Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Ho-mepage do-kumentiert?	Nutzung im Sinne von RA-DAR / Q-Regelkreis erkennbar?
Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? <u>Outcome (ANQ/Psyrec-KTR)</u>	1	1	0
Werden regelmässige Patientenbe-fragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	1	1	1
Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) verglei-chend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	1	1
Werden qualitätsbezogene Ergeb-nisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		1	
Besteht ein Berichtssystem für kriti-sche Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	1	1	1
Besteht ein systematisches und um-fassendes Qualitätssicherungskon-zept? <u>Q-Konzept</u>	1	1	1
Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	1	1	
Zwischentotal	6	7	4
Total	17		

Tabelle 21 Qualitätsbeurteilung PUK

21.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Die PUK ist an den Outcome-Messungen PSYREC-KTR beteiligt, die entsprechenden Messer-gebnisse liegen vor.

Aus den vorliegenden Unterlagen ist nicht ersichtlich, inwiefern wie die Ergebnisse der Out-come-Messungen im Sinne eines RADARs genutzt werden (2 Punkte, für Selbstdeklaration und Dokumentation).

2) Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit wird mittels ZÜPAZ jährlich erhoben, die Ergebnisse sind im QM-Report 2008 und 2009 (Analyse der PSYREC-Daten) publiziert; im H+-Qualitätsbericht 2008 und 2009 sind die Ergebnisse hingegen nicht publiziert.

Dass die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsmessungen in einer Umsetzung gemäss RA-DAR münden, ist aus den Unterlagen nicht eindeutig ersichtlich. Hingegen weist bspw. der Be-richt „Evidenzbasierte Praxis am Beispiel des Wochenprogramms der Station E0 der Psychiatri-schen Universitätsklinik Zürich“ daraufhin, dass die Patientenmeinungen einbezogen werden

und mit zu einem veränderten Wochenplan führten. Es können somit alle 3 Punkte vergeben werden.

3) *Benchmarking*

Es liegen verschiedene akademische Berichte vor, welche darlegen, wie psychiatrische Behandlungsthemen untersucht und mit bestehender Forschung verknüpft werden sowie Ergebnisse daraus in Praxis und/oder Lehre einfließen. Entsprechend ist auch die vergleichsbezogene Nutzung im Sinne von RADAR nachvollziehbar (3 Punkte).

4) *Transparenz*

Die Homepage der PUK führt explizit die H+-Qualitätsberichte 2008 und 2009 auf und verlinkt direkt auf diese Berichte, in welchen die Q-Vorgehen und die Q-Organisation, die Q-Schwerpunkte und Q-Entwicklungsthemen sowie Q-Ergebnisse publiziert sind (1 Punkt).

5) *CIRS*

Die PUK verfügt über ein CIRS, gemäss Selbstdeklaration. Die mit der Bewerbung eingereichten Unterlagen beinhalten einen Auszug aus dem CIRS, auf welchem gemeldete Situationen („Meldungen“), deren Besprechung und daraus abgeleitete Massnahmen („Empfehlungen“) sowie der Status der Bearbeitung ersichtlich sind. Daraus kann auch auf ein Qualitätsvorgehen im Sinne des RADARs geschlossen werden (3 Punkte).

6) *Q-Konzept*

Das Dokument „Grundsätze zum Qualitätsmanagement“ legt die Qualitätspolitik dar, die Ziele und Grundsätze zum Qualitätsmanagement, dessen Einbettung in die übergeordneten Gesetze, Regelungen und den Leistungsauftrag, die Rolle des Qualitätshandbuchs sowie die Prozessarchitektur. Das Qualitätshandbuch beschreibt die Qualitätsorganisation, welche die Rolle der Geschäftsleitung, der Qualitätskommission, der Qualitätszirkel und der Arbeitsgruppen beschreibt. Die Qualitätskommission ist bereichsübergreifend und Disziplinen-übergreifend zusammengesetzt. Aus den Unterlagen im Qualitätshandbuch ist ein systematisches Qualitätsmanagement erkennbar, welches gemäss weiterer eingereicherter Bewerbungsunterlagen sowie den Informationen auf der Homepage verschiedenenorts eine Umsetzung gemäss dem RADAR-Prinzip erkennen lässt (3 Punkte).

7) *Q-Verantwortlicher*

In der Selbstdeklaration verfügt die PUK über einen Q-Verantwortlichen. Zwar ist die Qualitätsverantwortung nicht im auf der Homepage publizierten Organigramm erkennbar. Auf der Homepage ist die Funktion Q-Beauftragter aber transparent aufgeführt wie auch im H+-Qualitätsbericht (2 Punkte).

22 Psychiatriezentrum Rheinau

22.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für das Psychiatriezentrum Rheinau folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
1	48% / 3 = 0.16	0.1
$= 1 + 0.16 + 0.1 = 1.26$		

22.2 Qualität

22.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „11“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit zufriedenstellend belegt. 4 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, weitere 5 Punkte aufgrund der Dokumentation. Eine Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises ist erkennbar (2 Punkte).

22.2.2 Datengrundlage

Das Psychiatriezentrum Rheinau hat folgende qualitätsbezogenen Dokumente mit der Bewerbung eingereicht:

- CIRS-Bericht 2010
- Untersuchung des Stationsklimas in der Klinik für Forensische Psychiatrie: Kurzbericht
- Aggressionsereignisse im Bereich Forensische Psychiatrie, im Bereich Psychiatrische Rehabilitation sowie Studie „Wie erleben Mitarbeitende des PZR Aggression? Ergebnisse einer Umfrage“
- Prozessevaluation der Dokumentation Pflegeprozess (2011)
- PZR Q-Bericht PSYREC-KTR_08-09

22.2.3 Detailbewertung

Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbstdeklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? <u>Outcome (ANQ/Psyrec-KTR)</u>	0	1	0
Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	1	1	1
Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	1	0
Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		0	
Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	1	1	1
Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	0	0	0
Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	1	1	
Zwischentotal	4	5	2
Total	11		

Tabelle 22 Qualitätsbeurteilung Psychiatriezentrum Rheinau

22.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Das Psychiatriezentrum Rheinau hat in der Selbstdeklaration angegeben, keine Outcome-Messungen vorzunehmen. Aus den mitgelieferten Bewerbungsunterlagen geht jedoch hervor, dass das PZR an den Outcome-Messungen PSYREC-KTR 2008 und 2009 beteiligt war, die entsprechenden Messergebnisse liegen vor (1 Punkt für die Dokumentation).

Aus den vorliegenden Unterlagen ist nicht ersichtlich, inwiefern wie die Ergebnisse der Outcome-Messungen im Sinne eines RADARs genutzt werden (keine Punktevergabe).

2) Patientenzufriedenheit

Das PZR misst wiederkehrend Patientenzufriedenheit mit dem Instrument ZÜPAZ; die entsprechenden Messergebnisse liegen vor.

Aus den vorliegenden Unterlagen ist nicht ersichtlich, inwiefern wie diese Ergebnisse im Sinne eines RADARs genutzt werden. Hingegen verweist der Jahresbericht 2009 darauf, dass im Bereich der Menüplanung und des Essens Patienten befragt wurden und im Sinne einer teilnehmenden Beobachtung mit ihnen das Essen eingenommen wurde; aus entsprechenden Erhebungen erfolgten Anpassungen im Menüplan. Es können somit 3 Punkte vergeben werden.

3) Benchmarking

Von Oktober 2008 bis Oktober 2009 erfolgte eine über alle Stationen laufende Erhebung betreffend Erleben von Aggression bei Mitarbeitenden des PZR. Dabei wurden die Ergebnisse zwischen den beiden Bereichen Rehabilitation und Forensik verglichen. Ebenfalls wird der Umgang mit Aggression zwischen den Professionsgruppen verglichen, wie auch ins Verhältnis zu internationalen Studienergebnissen gestellt.

Ebenfalls besteht eine Auseinandersetzung mit möglichen Massnahmen; inwiefern diese dem kompetenten Organ zum Umsetzungsentscheid im Sinne des RADARs zugeführt wurden, ist aus den vorliegenden Unterlagen nicht erkennbar (2 Punkte).

4) Transparenz

Im Jahresbericht 2008 finden sich zwei Fachpublikationen zu Patientenzufriedenheit aufgeführt. Es sind jedoch keine diesbezüglichen oder anderen, für eine allgemeine Öffentlichkeit zugänglichen qualitätsbezogenen Ergebnisse in den Prospekten oder auf der Homepage erudierbar (keine Punktevergabe).

5) CIRS

Es liegt ein klares CIRS-Konzept und CIRS-Vorgehen vor, was im CIRS-Jahresbericht 2010 dargelegt ist. Die Nutzung im Sinne des RADARs ist im Jahresbericht 2010 gut erkennbar (3 Punkte).

6) Q-Konzept

Sowohl in der Selbstdeklaration als auch in den Unterlagen ist kein systematisches Q-Konzept vorhanden, weshalb keine Punktevergabe erfolgen kann.

Das PZR weist im Rahmen der Bewerbung darauf hin, dass hinsichtlich der Zusammenführung mit der PUK im Sommer 2011 qualitätskonzeptionelle Vorgehensschritte geplant sind. Da diese jedoch erst nach Einreichung der Bewerbung stattfinden, wurden sie im Rahmen der hier vorliegenden Bewertung aus Gründen der Gleichbehandlung aller Bewerbenden nicht in die Bewertung einbezogen.

7) Q-Verantwortlicher

In der Selbstdeklaration wie auch im CIRS-Jahresbericht 10 ist ersichtlich, dass ein Qualitätsverantwortlicher besteht. Das auf der Homepage publizierte Organigramm, welches auch im Jahresbericht 2009 abgebildet ist, weist eine Organisationseinheit „Qualitätsmanagement“ als Bestandteil von Bildung/ Beratung/ Entwicklung (BBE) auf und ist damit in die Geschäftsleitung eingebunden (2 Punkte).

23 Sanatorium Kilchberg

23.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für das Sanatorium Kilchberg folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
1	24% / 3 = 0.08	0
= 1 + 0.08 + 0 = 1.08		

23.2 Qualität

23.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „14“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit gut belegt. 6 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, weitere 6 Punkte aufgrund der Dokumentation. Eine Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises ist ebenfalls erkennbar (2 Punkte).

23.2.2 Datengrundlage

Sanatorium Kilchberg hat sehr umfangreiche qualitätsbezogene Dokumente mit der Bewerbung eingereicht:

- Behandlungs- und Pflegekonzepte (Stationskonzepte, Essstörungenprogramm, Ausgangsregelungen, KP Entweichungen, Konzept natürlicher Todesfall, Hygienemassnahmen Gerontopsychiatrie)
- Stellenbeschreibung Qualitätsmanager, Organigramm
- Kernprozesse
- Inhaltsverzeichnis Konzept Qualitätssicherungsmassnahmen 2010
- Konzept Qualilab und Resultat Qualitätssicherungsmassnahmen 2008
- Konzept und Resultate Aggressionsmanagement
- Qualitätsmessungen Ergebnisse (ZÜPAZ)
- Fehlermeldesystem CIRS Meldungen und Massnahmen 2010
- Zufriedenheitsmessungen
- Konzept Betriebliches Vorschlagwesen
- PSYREC KTR Auswertung 2008-2009
- Konzept Ideenmanagement SanIDEE

Gemäss Bewerbungsunterlagen verfügt das Sanatorium Kilchberg über ein Behandlungskonzept sowie weitere prozessbezogene konzeptionelle Dokumente (wie bspw. Therapieplanung und Behandlung, Austrittsmanagement, etc.), hierzu wurden jedoch die konkreten Unterlagen nicht mit eingereicht.

23.2.3 Detailbewertung

Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbstdeklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RA-DAR / Q-Regelkreis erkennbar?
Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor?	1	1	0
Outcome (ANQ/Psyrec-KTR)			

Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Ho-mepage do-kumentiert?	Nutzung im Sinne von RA-DAR / Q-Regelkreis erkennbar?
Werden regelmässige Patientenbe-fragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	1	1	0
Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) verglei-chend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	1	0
Werden qualitätsbezogene Ergeb-nisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		0	
Besteht ein Berichtssystem für kriti-sche Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	1	1	1
Besteht ein systematisches und um-fassendes Qualitätssicherungskon-zept? <u>Q-Konzept</u>	1	1	1
Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	1	1	
Zwischentotal	6	6	2
Total	14		

Tabelle 23 Qualitätsbeurteilung Sanatorium Kilchberg

23.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Das Sanatorium Kilchberg ist an den Outcome-Messungen PSYREC-KTR beteiligt, die ent-sprechenden Messergebnisse liegen vor. Aus den vorliegenden Unterlagen ist hingegen nicht ersichtlich, inwiefern die Ergebnisse der Outcome-Messungen im Sinne eines RADARs genutzt werden (2 Punkte).

2) Patientenzufriedenheit

Das Sanatorium Kilchberg nimmt Messungen mittels ZÜPAZ vor. Die entsprechenden Messer-gebnisse liegen insgesamt wie stationsspezifisch vor. Aus den vorliegenden Unterlagen ist je-doch nicht ersichtlich, inwiefern wie die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsmessungen im Sinne eines RADARs genutzt werden (2 Punkte).

3) Benchmarking

Die Ergebnisse der Outcome-Messungen PSYREC-KTR inkl. ZÜPAZ sind klinikvergleichend dargestellt und beinhalten auch Vergleiche zwischen den ambulanten, teilstationären und stati-onären Behandlungsbereichen. Eine Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises ist jedoch nicht ersichtlich (2 Punkte).

4) Transparenz

Auf der Homepage sind keine qualitätsbezogenen Ergebnisse erkennbar. Ansonsten ist die Information zum Qualitätsmanagement sowie auch zu den Vernetzungen und dem Weiterbil-

dungsauftrag und der stetigen Weiterentwicklung in Qualitätszirkeln transparent dargelegt. Da jedoch keine konkreten Ergebnisse dargelegt sind, wird hier kein Punkt erteilt.

5) CIRS

Das CIRS wird gelebt, was an den Meldungen sowie den Massnahmen ersichtlich wird. Die der Bewerbungsunterlage beigelegten Meldungen und Massnahmen betreffen zwar den Zeitraum vom 01.10.2010 bis 04.02.2011. Da in der Selbstdeklaration der Bewerbungsunterlage geäussert wird, dass bereits 2009 ein CIRS bestand, wird angenommen, dass dies ein Auszug aktueller Meldungen ist, bereits aber im 2009 auch das CIRS konkret gelebt wurde (3 Punkte).

6) Q-Konzept

Es besteht ein sehr umfassendes Qualitätsmanagementkonzept, mit differenziert geklärt Aufbau- und Ablaufstruktur inkl. Umsetzung des Qualitäts-Regelkreises. Im Beschwerdemanagementkonzept und den beigefügten Beschwerden ist ein Vorgehen gemäss RADAR sehr gut erkennbar, indem zu jeder Beschwerde eine Ursachenreflexion erfolgt und Massnahmen formuliert werden (3 Punkte).

7) Q-Verantwortlicher

Auf dem Organigramm ist das Qualitätsmanagement klar ersichtlich, die den Bewerbungsunterlagen beigelegte Stellenbeschreibung der Stabstelle Qualitätsmanagement ist differenziert (2 Punkte).

24 Spitäler Schaffhausen

24.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für die Spitäler Schaffhausen folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
1	25% / 3 = 0.083	0
= 1 + 0.083 + 0 = 1.083		

24.2 Qualität

24.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „15“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit gut belegt. 6 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, weitere 6 Punkte aufgrund der Dokumentation. Eine Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises ist gut erkennbar (3 Punkte).

24.2.2 Datengrundlage

Die Spitäler Schaffhausen haben folgende qualitätsbezogenen Dokumente mit der Bewerbung eingereicht:

- Spital-Qualitätsbericht 2009 nach Vorgaben H+ (inkl. Beschreibung des Qualitätsmanagementsystems sowie der Qualitätsorganisation)
- Qualitäts-Statusbericht 2010
- Diverse Klinikberichte Patientenzufriedenheit Psychiatriezentrum Breitenau 2007-2008 (stationär MüPF-27) sowie Benchmarking Bericht der Patienten und Patientinnen in 10 Schweizer Kliniken für Psychiatrie Benchmarkbericht 2008 (MüPF-27)
- Sturzereignisse und CIRS-Meldesystem (bezüglich dem Jahr 2010)
- EFQM Anerkennungsurkunde Committed to Excellence.

Auf der Homepage wurden überdies die vorliegenden Jahresberichte konsultiert.

24.2.3 Detailbewertung

Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RADAR / Q-Regelkreis erkennbar?
Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor? <u>Outcome (ANQ/Psyrec-KTR)</u>	1	0	0
Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	1	1	1
Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	1	0
Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		1	
Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	1	1	1
Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	1	1	1
Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	1	1	
Zwischentotal	6	6	3
Total	15		

Tabelle 24 Qualitätsbeurteilung Spitäler Schaffhausen

24.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Die Selbstdeklaration weist auf Outcome-Messungen hin. Aus den Bewerbungsunterlagen wie auch auf dem Internet sind jedoch keine psychiatrisch behandlungsrelevanten Outcome-Messungen erkennbar. Hingegen bestehen Messungen zur Mitarbeiterzufriedenheit oder zur Zuweiserzufriedenheit. Da diese jedoch nicht direkt behandlungsrelevant sind, erfolgte zur Dokumentation und zur Umsetzung gemäss RADAR keine Punktvergabe.

2) Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit wird mit dem MüPF erhoben und regelmässig, im Vergleich zu anderen Kliniken ausgewertet. Der Bericht enthält ebenfalls spitalbezogen abteilungsvergleichende Resultate. Aufgrund der dargelegten Massnahmen und Projekte kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsbefragung im Sinne des RADARs genutzt zu werden (3 Punkte).

3) *Benchmarking*

Die Spitäler Schaffhausen nehmen am Benchmarking von 10 Kliniken aus verschiedenen Kantonen teil, welche Patientenzufriedenheit mit dem MüPF messen und deren Ergebnisse in einem von der Universität Neuchâtel ausgewerteten Bericht verglichen wurden. Weitere Belege eines Benchmarkings bestehen nicht. Wie dargelegt, kann aus den der Bewerbung beigelegten Unterlagen zwar die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Ergebnisse „Patientenzufriedenheit“ in irgendeiner Form genutzt werden. Inwiefern diese jedoch explizit auf das Benchmarking bezogen in den RADAR-Kreislauf aufgenommen werden, ist aus den Unterlagen nicht ersichtlich. Deshalb kann hierfür kein Punkt erteilt werden. Insgesamt werden zum Benchmarking 2 Punkte vergeben.

4) *Transparenz*

Der Qualitätsbericht Psychiatrie 2008 sowie der Qualitätsbericht Schaffhauser Spitäler 2009 (inkl. Psychiatrie) sind auf der Homepage publiziert. Die Informationen zum Qualitätsmanagement finden sich gut ersichtlich unter den allgemeinen Informationen zu den Spitälern Schaffhausen. Ebenfalls in den Jahresberichten finden sich verschiedene Informationen zu Qualität, insbesondere bzgl. Prozessqualität (bspw. Sturzprävention) (1 Punkt).

5) *CIRS*

In den Spitälern Schaffhausen besteht ein CIRS. Die beigelegten Unterlagen weisen darauf hin, dass ein solches bereits 2009, evtl. früher existierte, im Jahr 2010 das CIRS-Konzept überarbeitet und angepasst wurde. Die den Bewerbungsunterlagen beigelegten Informationen belegen ein aktives CIRS, welches über drei Meldekreise verfügt, einer davon ist der Meldekreis Psychiatrische Dienste/ Psychiatrische Langzeitpflege, in welchem Meldekreisbesprechungen zu bestimmten Themen diskutiert werden und daraufhin Verbesserungsmaßnahmen beschlossen werden (3 Punkte).

6) *Q-Konzept*

Der Qualitätsbericht 2009, welcher dem Bewerbungsdossier beigelegt ist, legt die Qualitätsstrategie sowie das Qualitätsmanagementsystem dar. Die Spitäler Schaffhausen arbeiten mit EFQM und den diesbezüglichen Prinzipien (kontinuierliche Verbesserungsprozesse, Fokus auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, interne Evaluation, etc.). Aus dem Qualitätsbericht ist zu erkennen, dass regelmässig qualitätsbezogene Ziele gesetzt werden, welche jährlich überprüft werden und wiederum zur Formulierung neuer Ziele führen, wenn die Massnahmen gewirkt haben. Projektbezogen werden Schwerpunkte gesetzt, bspw. für die Psychiatrie in den Jahren 2009-2010 „Wirkungsorientierte Behandlungspfade in der Psychiatrie“. Im Jahr 2010 wurde die Zertifizierung „Committed to Excellence“ erreicht (Anerkennungsurkunde beiliegend) (3 Punkte).

7) *Q-Verantwortlicher*

Es besteht eine klare Qualitätsorganisation sowie entsprechende Verantwortlichkeiten, inkl. Einbindung der Qualitätsthematik in die Geschäftsleitung. Das Qualitätsmanagement der Spitäler Schaffhausen ist gesamthaft organisiert, wobei das Qualitätsmanagement in der Psychiatrie mindestens gleichermaßen berücksichtigt zu sein scheint wie die übrigen Fachbereiche (2 Punkte).

25 Städtische Gesundheitsdienste – Suchtbehandlung Frankental

25.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für die Städtischen Gesundheitsdienste – Suchtbehandlung Frankental folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
0.8	20% / 3 = 0.066	0
= 0.8 + 0.066 + 0 = 0.866		

25.2 Qualität

25.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „8“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit zufriedenstellend belegt. 3 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, weitere 4 Punkte aufgrund der Dokumentation. Eine Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises ist punktuell erkennbar (1 Punkt).

25.2.2 Datengrundlage

Die Städtischen Gesundheitsdienste – Suchtbehandlung Frankental – haben folgende qualitätsbezogenen Dokumente mit der Bewerbung eingereicht:

- QMS-Zertifikate: QuaTheDA (seit 2002), ISO 9001:2000 (seit 2008), BSV-IV 2000
- Interne Qualitätsaudits 2008/2009/2010
- Nachbefragungsstatistik 2008/2009/2010 (mit Fragen, welche der Patientenzufriedenheit zugeordnet werden können)
- Bewilligungen Betäubungsmittel Bund und Kanton
- Diverse Prozessbeschreibungen und Regelungen (Beschwerden, Schwachstellenoptimierung, internes Audit, Dokumentenlenkung, Innovationsmanagement)
- Dokument „Funktionen des Qualitätsmanagement“.

Auf der Homepage wurden überdies die vorliegenden Jahresberichte konsultiert.

25.2.3 Detailbewertung

Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbstdeklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RA-DAR / Q-Regelkreis erkennbar?
Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor?	0	0	0
<u>Outcome</u> (ANQ/Psyrec-KTR)			
Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt?	1	1	0
<u>Patientenzufriedenheit</u>			
Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt?	0	0	0
<u>Benchmarking</u>			
Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert?		0	
<u>Transparenz</u>			
Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)?	0	1	1

Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Ho-mepage do-kumentiert?	Nutzung im Sinne von RA-DAR / Q-Regelkreis erkennbar?
<u>CIRS</u>			
Besteht ein systematisches und um-fassendes Qualitätssicherungskon-zept?	1	1	1
<u>Q-Konzept</u>			
Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt?	1	1	
<u>Q-Verantwortlicher</u>			
Zwischentotal	3	4	2
Total		9	

Tabelle 25 Qualitätsbeurteilung Städtische Gesundheitsdienste / Suchtbehandlung Frankental

25.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Es bestehen keine Outcome-Messungen. Dies wurde bereits in der Selbstdeklaration geäussert und widerspiegelt sich in den Bewerbungsunterlagen sowie der Homepage (0 Punkte).

2) Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit wird jährlich im Rahmen von Nachbefragungen erhoben. Die entsprechenden Ergebnisse liegen vor. Inwiefern diese Ergebnisse genutzt werden, ist in den Bewerbungsunterlagen nicht ersichtlich. Die internen Auditberichte gehen nicht auf die Patientenzufriedenheitsergebnisse ein (2 Punkte).

3) Benchmarking

Die Bewerbungsunterlagen weisen keine Hinweise auf ein Benchmarking auf. Auf der Homepage finden sich Links zu infodrog und act-info. Hierbei ist aus der Suchthilfe bekannt, dass einzelne Organisationen vergleichende Analysen beziehen und/oder an vergleichenden Fachgesprächen teilnehmen. Ob dies jedoch bei der Suchtbehandlung Frankental der Fall ist, kann aus den vorliegenden Unterlagen und auf der Homepage nicht eruiert werden, weshalb hier keine Punkte erteilt werden können.

4) Transparenz

Die Homepage enthält viele Informationen zum Behandlungsablauf sowie zur Behandlungsmethodik wie auch Informationen zum Qualitätsmanagement. Hingegen fehlen als solche erkennbar Informationen zu spezifischen Qualitätsergebnissen (keine Punktevergabe).

5) CIRS

In der Selbstdeklaration wird dargelegt, dass kein CIRS im eigentlichen Sinne besteht. Die Suchtbehandlung Frankental legt jedoch in ihren Bemerkungen nachvollziehbar fest, dass im Rahmen ihres QMS ein Prozess besteht, in welchem Behandlungsfehler und andere ausserordentliche Vorkommnisse dokumentiert und deren Folgen standardisiert behandelt werden. Die Nutzung im Sinne des Regelkreises ist ersichtlich, weshalb hierfür ebenfalls ein Punkt erteilt werden kann (total 2 Punkte).

6) Q-Konzept

Die Suchtbehandlung Frankental verfügt sowohl über eine Zertifizierung ISO 2000_9001 als auch über eine QuaTheDA-Zertifizierung. Dies ist transparent auf der Homepage dargelegt sowie mit den entsprechenden Zertifikaten belegt. Etwas unklar ist, welcher Rolle das auf den Zertifikatsbestätigungen ebenfalls aufgeführte Zertifikat der BSV/IV 2000 zukommt, was aber in der hier vorliegenden Beurteilung nicht weiter relevant ist, da das BSV/IV 2000 Zertifikat für den KVG-Bereich nicht relevant ist. Die beigelegten internen Auditberichte zeigen, dass die QMS im Sinne des RADARs umgesetzt werden (3 Punkte).

7) *Q-Verantwortlicher*

Das QMS beinhaltet eine klare, von der Geschäftsleitung strategisch verantwortete Qualitätsorganisation. Ebenfalls bestehen gemäss Unterlagen die Funktionen Qualitätsverantwortlicher, Qualitätsbeauftragte und interner Auditor. Die Arbeit letzterer ist in den beigelegten internen Auditberichten erkennbar. Zwar besteht kein Organigramm oder keine Nennung konkret verantwortlicher Personen. Die persönlich gekennzeichneten internen Auditberichte lassen aber darauf schliessen, dass die qualitätsbezogenen Funktionen auch konkret besetzt sind (2 Punkte).

26 UniversitätsSpital Zürich

26.1 Kostenkorrekturfaktor Wirtschaftlichkeit

Gemäss iterativ erarbeiteter Formel zur Bestimmung eines Kostenkorrekturfaktors ergibt sich für das Universitätsspital Zürich folgender Wert:

Kostenkorrekturfaktor		
Korrekturfaktor Cluster	%-Anteil FFE-Haft / 3	Spezialkorrekturfaktor
0.8	0% / 3 = 0	0.2
= 0.8 + 0 + 0.2 = 1		

26.2 Qualität

26.2.1 Gesamtbewertung

Die Beurteilung des Qualitätsbelegs ergibt einen Wert von „11“. Die Qualitätsbestrebungen sind damit zufriedenstellend belegt. 6 Punkte wurden aufgrund der Selbstdeklaration angerechnet, weitere 5 Punkte aufgrund der Dokumentation. Eine Nutzung der Ergebnisse im Sinne des Regelkreises ist nicht erkennbar (0 Punkte).

26.2.2 Datengrundlage

Das UniversitätsSpital Zürich bewirbt sich ausschliesslich für die Leistungsgruppe „5, 7-9 übrige psychische Störungen“. Konkret geht es um das Zentrum für Essstörungen (ZES), welches ein Teil der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UniversitätsSpitals Zürich ist. Die auf der Notfallstation des UniversitätsSpitals Zürich stationär behandelten Patienten (aller Diagnosegruppen) werden innerhalb der Notfallversorgung erbracht und sind somit per 2012 eine DRG-Positionen der Akutsomatik.

Das UniversitätsSpital Zürich hat in ihrem Bewerbungsdossier einige Erläuterungen zum Qualitätsmanagement sowie zu den Outcome-Messungen, inkl. Darlegung der Ergebnisse 2009, vorgenommen. Es wurden keine weiteren qualitätsbezogenen Dokumente eingereicht. Auf der Homepage finden sich für das gesamte USZ der Qualitätsbericht 2008 sowie 2009.

26.2.3 Detailbewertung

Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbstdeklaration)	In Unterlagen resp. auf Homepage dokumentiert?	Nutzung im Sinne von RA-DAR / Q-Regelkreis erkennbar?
Liegen routinemässige Outcome-Messungen vor?	1	1	0
<u>Outcome</u> (ANQ/Psyrec-KTR)			

Bewertungskriterien	Bereits 2009 erfüllt? (gemäss Selbst-deklaration)	In Unterlagen resp. auf Ho-mepage do-kumentiert?	Nutzung im Sinne von RA-DAR / Q-Regelkreis erkennbar?
Werden regelmässige Patientenbefragungen durchgeführt? <u>Patientenzufriedenheit</u>	1	0	0
Werden die Qualitätsmessungen (bzgl. EQ, PQ und/oder SQ) vergleichend eingesetzt? <u>Benchmarking</u>	1	1	0
Werden qualitätsbezogene Ergebnisse für allgemeine Öffentlichkeit zugänglich publiziert? <u>Transparenz</u>		0	
Besteht ein Berichtssystem für kritische Zwischenfälle (CIRS, Critical Incident Reporting-System)? <u>CIRS</u>	1	1	0
Besteht ein systematisches und umfassendes Qualitätssicherungskonzept? <u>Q-Konzept</u>	1	1	0
Ist ein Q-Verantwortlicher bestimmt? <u>Q-Verantwortlicher</u>	1	1	
Zwischentotal	6	5	0
Total		11	

Tabelle 26 Qualitätsbeurteilung UniversitätsSpital Zürich

26.2.4 Begründung

1) Outcome-Messungen

Es werden verschiedene psychometrische Instrumente angewandt, gemäss Bewerbungsdokumentation entsprechen diese dem internationalen Standard der Qualitätskontrolle im Bereich der Essstörungenbehandlungen. Gemessen werden Body Mass Index (BMI), Eating Disorders Inventory (EDI) sowie die Lebensqualität (globale Lebenszufriedenheit). Die Bewerbungsunterlagen beinhalten konkrete Ergebnisse für das Jahr 2009. Inwiefern diese Messungen wiederholt erfolgen sowie im Sinne des RADARs genutzt werden, ist nicht erkennbar (2 Punkte).

2) Patientenzufriedenheit

Das USZ misst Patientenzufriedenheit jährlich mittels des PEQ. Die entsprechenden Ergebnisse sind zwar dokumentiert, liegen jedoch nicht psychiatriebezogen vor. Deshalb kann nur die Selbstdeklaration bewertet werden (1 Punkt).

3) Benchmarking

Die Behandlungen und die entsprechenden Befragungsergebnisse erfolgen, so die Darlegungen, in Orientierung an den Richtlinien des National Institute of Health and Clinical Excellence (GB). Deren Nutzung im Sinne eines RADARs ist nicht erkennbar (2 Punkte).

4) Transparenz

Im auf der Homepage veröffentlichten Qualitätsbericht wird ausführlich über qualitätsbezogene Ergebnisse und diesbezügliche Überlegungen berichtet. In den Qualitätsberichten 2008 und 2009 finden sich jedoch keine spezifischen auf Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie oder

noch spezifischer auf das Zentrum für Essstörungen publizierten Resultate. Es kann deshalb hier kein Punkt vergeben werden.

5) CIRS

Die auf der Homepage publizierten Qualitätsberichte zeigen, dass im USZ ein CIRS besteht, welches genutzt wird. Hingegen ist nicht erkennbar, inwiefern dies auch in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie genutzt wird. Der Jahresbericht 2008 hält fest, dass 2008 29 von 42 Kliniken das elektronische USZCIRS nutzten, der Jahresbericht 2009 legt dar, dass sich noch nicht alle Kliniken aktiv am CIRS beteiligten und deshalb die Kliniken zur Teilnahme verpflichtet wurden. Inwiefern dies eine Wirkung zeigte und inwiefern ein psychiatriebezogener Meldekreis besteht, ist aufgrund der vorliegenden Unterlagen nicht erkennbar (2 Punkte).

6) Q-Konzept

Die Selbstdeklaration gibt das Vorliegen eines Qualitätskonzepts an. Zwar wurden keine qualitätsbezogenen Dokumente mit der Bewerbung eingereicht. Die im Rahmen des Bewerbungsdokuments vorgenommenen Erläuterungen weisen jedoch darauf, dass mindestens für die Behandlung eine Qualitätsmanagementsystematik besteht. Hinsichtlich Organisation und Ablaufprozessen sowie hinsichtlich der systematischen Umsetzung im Sinne eines RADARs hingegen kann mangels Unterlagen keine Folgerung gezogen werden (2 Punkte).

7) Q-Verantwortlicher

Die Qualitätsberichte legen die Qualitätsorganisation des USZ klar fest. Qualitätskoordinator/in und Qualitätsverantwortliche sind in der Führungsstruktur angesiedelt, pro Klinik gibt es gemäss Konzept eine qualitätsverantwortliche Person.

27 Literatur- und Materialienverzeichnis

- ANQ - Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2011): Messempfehlungen Psychiatrie 2011. Web (02.07.2011):
www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/110223_ANQ-Psychiatrie_Messempfehlungen_2011_D_def.pdf
- ANQ - Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2011): ANQ Pilotprojekt Psychiatrie. Bericht zum zweiten Messjahr. Verfasst von Hochstrasser, Barbara / Rufin, Regula / Bernhardsgrütter, Renate / Schütz, Christopher, unter Mitarbeit der 14 Pilotkliniken und eines Beirats zur Datenauswertung. unveröffentlicht.
- Baartmans, Paul C. M. / Geng, Veronika (2006): Qualität nach Mass. Entwicklung und Implementierung von Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen. Huber, Bern.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2006): *Das modulare QuaTheDA-Referenzsystem*. Die Qualitätsnorm für den Suchthilfebereich. BAG, Bern.
- Bielinski, Daniel (2008): *Psychiatrieplanung - Modellprojekte wozu und welche?* www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Versorgungsplanung/Psychiatrieplanung/Referat_Bielinski.pdf (02.07.2011)
- Borst, Ulrike / Studer, Karl / Eyer, H. / Kellenberger, U. (2004): *Qualitätsmanagement in den Psychiatrischen Diensten Thurgau. Instrument der Unternehmensentwicklung*. In: Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri 85 (2004) 11, S. 578-581.
- Brändli, Christoffel (2009): *Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen von santésuisse*.
- Braun, Urs (2009): *Qualitätsmanagement in Spitälern*. Chancen und Gefahren.
www.lups.ch/upload/docs/pdf/Referat_Urs_Braun_090212.pdf (02.08.2011)
- Brodin, Evelyn Z. (1986): *The False Promise of Administrative Reform. Implementing Quality Control in Welfare*, Philadelphia: Temple University Press.
- Bruhn, Manfred (2006): *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen*. Grundlagen, Konzepte, Methoden. 6., überarbeitete und erweiterte Auflage. Basel: Springer.
- Bundesamt für Statistik BFS (2009): *Kodierhandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierregeln*. Version 3.0, 2009. Verfasst von Chantal Vuilleumier-Hauser (BFS), Ursula Althaus (USB) und Phédon P. Tahintzi (HUG).
- Bungartz, Oliver / Henke, Michael (2011): *Quality Control und Peer Review in der internen Revision: verbessertes Qualitätsmanagement durch ein integriertes System*. E. Schmidt, Berlin.
- Burdet, Xavier (2009): *Réflexions sur la qualité dans le processus de production de service*. Hautécole de gestion Genève, séminaire 22-23 janvier 2009, gefunden am 04.08.2009 auf www.kfh.ch/uploads/docs/doku/4_Burdet_HEM_22_janvier_2009.pdf.
- Byrkjeflot, Haldor (2011): *Healthcare States and Medical Professions: The Challenges from NPM*. In: Christensen, Tom / Laegreid, Per (Hrsg.): *The Ashgate Research Companion to New Public Management*. Ashgate, Farnham, S. 147-159.
- CHUV (Centre hospitalier universitaire Vaud, FHV (fédération des hôpitaux vaudois), HUG (hôpitaux universitaires Genève) (2008): *Projekt PRG Waadt-Genf Finanzierung der Spitalaufenthalte in der Psychiatrie, in der Rehabilitation, in der Geriatrie. Schlussbericht Juli 2008*. Übersetzte, deutsche Berichtsversion.
http://www.isesuisse.ch/de/konferenzen/konf_0805_pcs-rapport_vd-ge_d.pdf (02.07.2011)
- D'Angelo, Mirjam / Rhyn, Paul (2008): *Stellungnahme der santésuisse zum Artikel von Jürg Nadig «Verdeckte Rationierung dank Wirtschaftlichkeitsverfahren?» Wirtschaftlichkeitsverfahren der santésuisse nach der ANOVA-Methode*. In: Schweizerische Ärztezeitung | Bulletin des médecins suisses | Bollettino dei medici svizzeri 89 (2008) 21, S. 906f..
- Deming, W.E. (1986): *Out of Crisis*. Cambridge: MIT Press.
- Diserens, Karin et al. (2008): *Pilotprojekt der KIQ. Dokumentation des Zielsetzungsprozesses als ergebnisrelevanter Qualitätsindikator in der neurologischen Rehabilitation*. In: Schweizerische Ärztezeitung | Bulletin des médecins suisses | Bollettino dei medici svizzeri | 89 (2008) 23, S. 1021-1024.
- Donabedian, Avedis (1980): *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume I*. Health Administration Press, Ann Arbor Michigan.
- Donzallaz, Désirée (2007): *Qualität und Evaluation – Implizite Wirkungsattribute und methodische Herausforderungen*. In: Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften / Revue suisse des sciences de l'éducation 1 (2007) 26, S. 33-46.
- Dvorak, Andreas / Rufin, Regula (2007): *Der Leistungsvertrag. Ein Praxisleitfaden*. Bern: Haupt.
- EFQM (2003a): *Das EFQM-Modell für Excellence. Version für Öffentlichen Dienst und soziale Einrichtungen*. EFQM.

- EFQM (2003b): Excellence bewerten. Eine praktische Anleitung für erfolgreiche Entwicklung, Umsetzung und Review einer Selbstbewertungsstrategie für Ihre Organisation. EFQM.
- Freitag, Philipp Michael (2007): *Qualitätssicherung in der stationären Versorgung*. Qualitätsbezogene Implikationen des DRG-basierten Vergütungssystems von Krankenhausleistungen. Verlag Dr. Kovac, Hamburg.
- GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2008): *Leitfaden zur Psychiatrieplanung*. Bericht der Arbeitsgruppe Spitalplanung. Juli 2008.
- Guggenbühl, Lisa (1999). *Evaluation des europäischen Netzwerkes für Suchtprävention "euro peers"*. Institut für Suchtforschung, Zürich.
- Hermann, Richard C. (2005): *Improving Mental Healthcare*. A Guide to Measurement-Based Quality Improvement. American Psychiatric Publishing, Washington D.C.
- H+ - Die Spitäler der Schweiz (2009): *H+ Projekt psy.suisse. Nationale Tarifstruktur für Leistungen der stationären und teilstationären Psychiatrie*. Information von H+. Web (02.07.2011): www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Tarife___Preise/Tarife_und_Preise/psy.suisse.pdf
- H+ - Die Spitäler der Schweiz (2008): *Handbuch REKOLE®* - betriebliches Rechnungswesen im Spital, 3. Auflage.
- KIQ - Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung (2008): *Präsentation Pilotprojekt Psychiatrie, vom 15. Mai 2008, Tagung VDPS – Verband Direktoren der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz*. Web (02.07.2011): www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/080521_KIQ_Pilotprojekt_Psychiatrie_Aktuell.pdf
- KIQ – Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung (2002): *Ergebnismessung in der Psychiatrie. Zwischenbericht der Expertengruppe Ergebnisqualität in der Psychiatrie*, Juli 2002. Verfasst von Barbara Hochstrasser, Vorsitzende Expertengruppe H+/santésuisse, unter Mitarbeit der Expertengruppe Psychiatrie. www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/EQP_Zwischenbericht.pdf (02.07.2011).
- Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion (2010a): *Konzept Psychiatrieplanung 2012*, vom 16. Dezember 2010.
- Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion (2010b): *Vorlage „Bewerbung für die Spitalliste 2012 - Psychiatrie“*, vom 16. Dezember 2010.
- Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion (2010c): *Präsentation zum Informationsanlass Psychiatrieplanung 2012, Bewerbungsverfahren*, vom 14. Dezember 2010.
- Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion (2010d): *Präsentation zum Informationsanlass Psychiatrieplanung 2012*, vom 29. Oktober 2010.
- Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion (2010e): *Psychiatrische Versorgung Kenndaten 2009*. August 2010.
- Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion (2010f): *P-TAR mit vereinfachter Fallgruppierung*. Newsletter P_TAR 2. Ausgabe vom April 2010.
- Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion und H+ - Die Spitäler der Schweiz (2010): *Zusammenführung der Tarifprojekte psysuisse und P-TAR geplant*. Informationsschreiben vom 10. Juni 2010.
- Kanton Zürich, Regierungsrat (1998): *Zürcher Psychiatrie. Psychiatriekonzept. Leitfaden und Rahmenkonzept*. Erarbeitet von einer breiten Arbeitsgruppe, mit Beschluss vom 12. August 1998 vom Regierungsrat des Kantons Zürich genehmigt.
- Kieser, Ueli (2011): *Wirtschaftlichkeitsverfahren in der Krankenversicherung. Neueste Entwicklungen und eine Würdigung*. Gutachten erstattet dem Verein Ethik und Medizin Schweiz, Olten. Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis an der Universität St. Gallen. <http://physicianprofiling.ch/kieser2011.pdf> (24.06.2011).
- Klusen, Norbert / Meusch, Andreas/ Thiel, Ernst (Hrsg.): *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen*. Nomos, Baden-Baden.
- Meuser, Michael / Nagel, Ulrike (1991): *ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. In: Garz, Dieter / Kraimer, Klaus (Hrsg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen*. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 441-471.
- Malk, Rolf (2010): *Medizincontrolling Schweiz. Eine ganzheitliche Betrachtung der Medizin im Zeitalter von DRG und TARMED*. Huber, Bern.
- Morra, Francesco (1996): *Wirkungsorientiertes Krankenhausmanagement*. Ein Führungshandbuch. Bern/ Stuttgart/ Berlin: Haupt.
- Nadig, Jürg (2008): *Replik auf die Stellungnahme von santésuisse*. In: Schweizerische Ärztezeitung | Bulletin des médecins suisses | Bollettino dei medici svizzeri 89 (2008) 21, S. 907f..
- Nickel, Sigrun (2008): *Qualitätsmanagementsysteme an Universitäten und Fachhochschulen: Ein kritischer Überblick*. Beiträge zur Hochschulforschung 1 (2008) 30, S. 16-39.
- Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2008): *Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000-2006*. Verfasst von Daniela Schuler. [www.obsan.admin.ch/obsan_fact_sheet_nr1_mitImpressum_D\[1\].pdf](http://www.obsan.admin.ch/obsan_fact_sheet_nr1_mitImpressum_D[1].pdf) (27.06.2011)

- Osterloh, Margit / Frost, Jetta (1998): *Prozessmanagement als Kernkompetenz*. Wie Sie Business Reengineering strategisch nutzen können. Gabler, Wiesbaden.
- Rossi, Peter H. / Lipsey, Mark W. / Freeman, Howard E. (2004): *Evaluation. A Systematic Approach*. 7th edition. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Rüegg-Stürm, Johannes (2002): *Das neue St. Galler Management-Modell*. Grundkategorien einer integrierten Managementlehre. Der HSG-Ansatz. Haupt, Bern.
- Ruflin, Regula (2009): *Leistungsverträge zwischen öffentlichen Verwaltungen und Einrichtungen im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen* – Erfahrungsbericht aus der Schweiz. In: Schauer, Reinbert (Hrsg.): *Neue Formen der Steuerung und Rechnungslegung in öffentlichen Haushalten*. Tagung an der Johannes Kepler Universität Linz. Trauner Verlag, Linz.
- Ruflin, Regula (2008): *Angehörigenarbeit in der heutigen Qualitätsdiskussion im psychiatrischen Behandlungskontext* – Möglichkeiten aus Qualitätsmanagementsicht. Referat anlässlich der 4. Fachtagung des Netzwerks Angehörigenarbeit NAP „Qualitätsstandards in der Angehörigenarbeit II, Wir bleiben dran - wir setzen um.“ Unveröffentlicht.
- Ruflin, Regula (2006): *Wohlfahrtsstaatliches Kontraktmanagement. Die Verhandlung und Umsetzung von Leistungsverträgen als Herausforderung für Nonprofit-Organisationen*. Haupt, Bern.
- Ruflin, Regula / Büschi, Barbara (2000): *Qualität konkret – Entwicklungsschritte des Qualitätsmanagement bei Caritas Schweiz*. In: Maus, Friedrich / Beilmann, Michael (Hrsg.): *Mythos Qualität. Erfahrungsberichte aus der Sozialen Arbeit*. VWB, Berlin, 34-49.
- Ruflin, Regula / Schiess, Viktor (2003): *Nationale Qualitätsstandards für heil- und sonderpädagogische Angebote*. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik 6 (2003), 15-21.
- Schedler, Kuno / Proeller, Isabella (2003): *New Public Management*. 2. Auflage. Bern: Haupt.
- Schröer, Jan / Schwarzmann, Brigitta / Stark, Wolfgang / Straus, Florian (Hrsg.) (2000): *Qualitätsmanagement in der Praxis*, Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Seghezzi, Hans-Dieter (2002): *Integriertes Qualitätsmanagement. Das St. Galler Konzept*. Hanser Verlag, München, Wien.
- Stieglitz, Rolf-Dieter (2008): *Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie*. Reihe „Konzepte und Methoden der Klinischen Psychiatrie“. F. Kohlhammer, Stuttgart.
- Strahm, Peter (2008): *Qualität durch systematisches Feedback: Grundlagen, Einblicke und Werkzeuge*. Bern: Schulverlag.
- SwissDRG (2009): *Tarifentwicklungen in den Bereichen Psychiatrie, Rehabilitation und Geburtshäuser*. Version 1.0 / 12.06.2009. Web (02.07.2011)
www.swissdr.org/assets/pdf/System_02/20_SwissDRG_Tarifierung_Bereiche_Psychiatrie_Rehabilitation_Geburtshaeuser_1-0_d.pdf
- Wagner, Ulrich (2009): *Chancen und Risiken von Health Excellence*. Health Excellence Tagung am 22. Juni 2009 in Luzern. Web (02.07.2011):
www.saq.ch/fileadmin/user_upload/veranstaltungen/referate/371/referat_ulrich_wagner.pdf
- Uchtenhagen, Ambros / Guggenbühl, Lisa (2000): *Adequacy in Drug Abuse Treatment and Care in Europe*. A project of the WHO Regional Office for Europe, funded by the Swiss Federal Office of Public Health and the European Commission. Addiction Research Institute, Zürich.
- Wengle, Hanspeter (2000). Qualitätsstandards für die Stationäre Psychiatrie. In: Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri 81 (2000) 43, S. 2439-2441.
- Winde, Mathias (2008): *Sieben Anforderungen an ein Qualitätsmanagement der Zukunft – ein neues Förderprogramm des Stifterverbands*. In: Krahn, Britta / Rietz, Christian / Rudinger, Georg (Hrsg.): *Evaluation und Qualitätssicherung von Forschung*.

Gesetzliche Grundlagen

- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), vom 18. März 1994 (Stand 1. Januar 2011) SR 832.10
- Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), vom 27. Juni 1995 SR (Stand 1. März 2011) SR 832.102
- Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), vom 3. Juli 2002 (Stand am 1. Januar 2009) SR 832.104