



Qualitätsreport

2009

„Zur Ruhe kommen, Kraft gewinnen für den Neuanfang.“

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	5
B	Qualitätsstrategie	6
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	7
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	7
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	11
F	Verbesserungsaktivitäten	12
G	Schlusswort und Ausblick	14
H	Impressum	15
I	Anhänge	16

Entsprechend unserer Vision „... führende Privatklinik der Schweiz – exklusiv für Privat- und Halbprivat-Versicherte.“ und der damit verbundenen strategischen Zielsetzung „ höchste, Patientenzufriedenheit, beste Qualität und überdurchschnittliche Leistung“ bewegt sich der Qualitätsanspruch in der Privatklinik Hohenegg auf hohem Niveau und zielt auf exzellente Ergebnisse ab.

Grundlage unseres Qualitätsmanagements bilden die Anforderungen der SLH Swiss Leading Hospitals und des EFQM-Modells 2010 (European Foundation for Quality Management).

Qualität drückt sich in unserer Behandlung aus. Die Fachkompetenz unserer Mitarbeitenden bildet dabei die strukturelle Grundlage für hochstehende Ergebnisse. Neben Berufserfahrung verfügen alle unsere Ärztinnen und Ärzte über anerkannte postgraduale Fachtitel und Nachweise langjähriger Spezialisierungen bis hin zu universitären und wissenschaftlich fundierten Akkreditierungen. Mit Eröffnung der drei Kompetenzzentren Depression und Angst (Prof. Dr. med. D. Hell), Burnout und Lebenskrise (Dr. med. T. Brühlmann) und Psychosomatik (Prof. Dr. med. S. Büchi) konnten im vergangenen Jahre weitere Spezialisierungen etabliert werden.

Im bewährten pflegerischen Bezugspersonensystem beschäftigen wir ausschliesslich diplomierte Pflegefachfrauen und -männer (HF) - ausgezeichnetes Primary Nursing ist uns Selbstverständlichkeit. Mit dem Kompetenzfächer an unserer Klinik erfüllen wir unsere eigenen und die Qualitätskriterien der Swiss Leading Hospitals SLH.

Durch systematisches Management aller Qualitätsaktivitäten und umfassendes Prozessmanagement mit jährlichen Audits wird ein hochstehendes Qualitätsbewusstsein geschaffen, laufend Leistungen verbessert und sind alle relevanten Abläufe und Prozesse gesichert.

Unsere Dienstleistungsorientierung ist ein weiterer bedeutender Erfolgsfaktor auf hohem Niveau. Die tägliche Umsetzung unserer Dienstleistungscompetenz ist uns Haltung und Bedürfnis zugleich und wird von unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in allen Bereichen gelebt.

Unsere anspruchsvollen Patienten finden in unserer Klinik erstklassigen Komfort sowie Ruhe und Diskretion in einer einmaligen Atmosphäre an bevorzugter Lage hoch über dem Zürichsee. Wir pflegen eine Hotellerie und Gastronomie für gehobene Ansprüche mit konsequentem Qualitätsdenken.

Auf Grundlage anerkannter Erhebungsverfahren ermitteln wir laufend die Qualität unserer Leistungserbringung und leiten kontinuierlich reaktive und proaktive Verbesserungsmassnahmen ein.

In der Privatklinik Hohenegg wird eine Unternehmenskultur gelebt, in der jeder Mitarbeitende seine Fachkompetenz und sein Potential einbringen und entfalten kann. Kreativität, Motivation und Teamgeist werden gefördert, um ein hohes Mass an Identifikation aller Mitarbeitenden mit der Klinik zu erreichen.

Eine fachkompetente und auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten ausgerichtete Behandlung, ein konsequentes Qualitätsdenken und die Erfüllung der hohen Standards einer Swiss Leading Privatklinik ist unser Anspruch.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Nachhaltiges Qualitätsdenken auf Excellence-Niveau ist Grundlage unserer Unternehmensphilosophie.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Erweiterung der Outcomefaktoren nach ICF

Proaktive Risikoanalysen

Analyse Ist-Zustand betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

Ergänzende Outcomefaktoren wurden evaluiert, der Erhebungsplan erweitert, Messinstrumente zum Einsatz ab 01.01.2010 bereitgestellt.

Risikoanalyse zur Nachtpflege wurde erstellt, Massnahmen sind abgeleitet und umgesetzt.

Die Analyse zu BGM ist abgeschlossen, Projekte wurden abgeleitet und sind in Planung für 2010 / 2011.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Unternehmensentwicklung nach dem EFQM-Modell 2010
- Qualitätssteigerung durch Neubau und Erweiterung des Angebots (Fertigstellung 2011)
- Konzentration auf Mitarbeiterbedürfnisse (u.a. neues Haus nur für Personal mit Cafeteria, Personalesraum, Ruhezone etc.)
- Förderung der Wertekultur in allen Bereichen der Klinik
- Ausrichtung an langfristigen Behandlungsergebnissen
- Weitere internationale Spitzenpositionierung

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Andere Organisationsform, nämlich:

Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt 80 Stellenprocente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. phil. Johanna FRIEDLI	+41-44-925 15 31	Johanna.friedli@hohenegg.ch	Leitung Qualitätsmanagement

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant	1911	---	---	---
Tagesklinik				---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflage tage
stationär	54	375	47.5	17805
Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht		<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte				

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurden l a u f e n d Messungen durchgeführt.	
		Nächste Messung:

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

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	89%	Hohe generelle Zufriedenheit (Vergleichsgruppe 81%)
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Skala Information	88%	Information bei Eintritt 90% Zufriedenheit
Skala Personal	90%	Respektvolle Behandlung 94% Zufriedenheit
Skala Therapie	86%	Vertrauen zu Arzt 93% Zufriedenheit
Skala Infrastruktur	90%	Klinikumgebung 96% Zufriedenheit
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input type="checkbox"/> Mecon <input type="checkbox"/> Picker <input type="checkbox"/> VO: PEQ <input checked="" type="checkbox"/> MüPF(-27) <input type="checkbox"/> POC(-18)	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument Name des Instrumentes Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument	
Beschreibung des Instrumentes	Münsterlinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit
Einschlusskriterien	Alle Patienten
Ausschlusskriterien	Keine
Rücklauf in Prozenten	49%
Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt: Nein, da anonym

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

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

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

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

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb		Sehr hohe Mitarbeiterzufriedenheit	
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Skala Betriebsklima	42.4 Punkte	Vergleichsgruppe 28.7 Punkte	
Skala Führungsstil	67.6 Punkte	Vergleichsgruppe 54.2 Punkte	
Skala interne Organisation und Kommunikation	44.3 Punkte	Vergleichsgruppe 34.8 Punkte	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	MiZu Reha	Name des Messinstitutes Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaft Gesundheitsforschung Informatik ASGI
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		Mitarbeiterzufriedenheit Rehabilitation	
Einschlusskriterien		Mitarbeiter	
Ausschlusskriterien		Abrufer	
Rücklauf in Prozenten		67%	
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt: Mailerinnerung an alle Mitarbeiter

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

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

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb		Sehr hohe Zuweiserzufriedenheit	
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamtzufriedenheit	90%	Zufriedenheit in %	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument	
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes
<input checked="" type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument	
Beschreibung des Instrumentes	8 Fragen zur Zufriedenheit, 5-stufige Lickertskala	
Einschlusskriterien	Alle Zuweiser	
Ausschlusskriterien	Keine	
Rücklauf in Prozenten	29%	
Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:	

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



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

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

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Es fehlen Kennzahlen / Referenzwerte für die Psychiatrie, so dass eine Messung keine Aussagekraft hätte	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

D3 Weitere Qualitätsindikatoren

Messthema	Symptomverlauf
------------------	-----------------------

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		alle	
Gemessene Abteilungen:	Alle	Ergebnis:	Signifikante Symptomverbesserung
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input type="checkbox"/>	internes Instrument	Name des Instrumentes:
<input checked="" type="checkbox"/>	externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz: Diverse Messinstrumente

E

Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“	Im Rahmen des Vorfalldesystems
---	---------------------------------------

Messung im Berichtsjahr 2009

Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Alle		
Gemessene Abteilungen:	Alle		
Ergebnis gesamt:	3	Anteil mit Behandlungsfolgen:	3
		Anteil ohne Behandlungsfolgen:	0

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes: Vorfalldesystem
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

Messthema	Vorfälle
------------------	-----------------

Messung im Berichtsjahr 2009

Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Alle		
Gemessene Abteilungen:	Alle	Ergebnis:	10

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes: Vorfalldesystem
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

Messthema	CIRS (Critical Incident Reporting System)
------------------	--

Messung im Berichtsjahr 2009

Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Alle		
Gemessene Abteilungen:	Alle	Ergebnis:	27

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes: CIRS
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Ganze Klinik	EFQM	2007		Auszeichnung Committed for Excellence 2008
Ganze Klinik	Swiss Leading Hospitals SLH	2007		Aktives Mitglied

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Ganze Klinik	Prozessmanagement und Auditwesen	Steuerung von Management-, Kern- und Supportprozessen	aktiv
Ganze Klinik	Vorfalldesystem	Erfassung, Analyse, Bearbeitung und Prävention von Vorfällen	aktiv
Ganze Klinik	CIRS Meldesystem	Identifikation möglicher Vorfälle und deren Prävention	aktiv
Ganze Klinik	Beschwerdesystem	Erkennen von Unzufriedenheiten und so weit als möglich unverzögliches Reagieren / Verbessern	aktiv
Ganze Klinik	Chancenmanagement	Erkennen von Chancen, Förderung von Innovation	aktiv
Ganze Klinik	Projektmanagement	Realisierung von Projekten	aktiv
Arztbereich	Risikoscreening	Früherkennung von Risikofaktoren	aktiv
Ganze Klinik	Outcomeerhebungen	Intervention, KVP, Benchmarking	aktiv
Ganze Klinik	Verbesserungswesen KVP	Monitoring Feedbackprozesse und Massnahmenüberprüfung	aktiv
Arztbereich und Qualitätsmanagement	Diverse Forschungsprojekte	Psychotherapieforschung	laufend

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Ganze Klinik	Analyse zur Einführung des Gesundheitsmanagements BGM in der Privatklinik Hohenegg AG	Evaluation „IST“ Privatklinik Hohenegg (Masterarbeit) und Ableitung Projekte zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiter	08/09 – 11/09
Ganze Klinik	Gesundheitsmanagements BGM in der Privatklinik Hohenegg AG	Projektbasierende Einführung des Gesundheitsmanagements BGM in der Privatklinik Hohenegg AG	11/09 –
Ganze Klinik	Visionäre IT-Technologie - Informationstechnologie in der Psychiatrie-	Identifikation zukünftiger IT-Trends im Gesundheitswesen und Konzeptualisierung für die Privatklinik Hohenegg (Masterthesis Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften zhaw)	12/09 – 05/10
Pflege	Proaktive Risikoanalyse Nachtpflege	Risiko-Identifikation und -reduktion	01/09 – 02/09

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 abgeschlossenen Qualitätsprojekten

Projekttitel	Analyse zur Einführung des Gesundheitsmanagements BGM in der Privatklinik Hohenegg AG	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Analyse und Konzept zur Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements BGM	
Beschreibung	Evaluation „IST“ Privatklinik Hohenegg (Diplomarbeit SIB Schweizerisches Institut für Betriebsökonomie, Zürich) und Ableitung „Soll“ anhand Einführungskonzept betriebliches Gesundheitsmanagement	
Projektablauf / Methodik	Self-Assessment, Fragebogenerhebung und SWOT-Analyse	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Leitung Cornelia Knobel, dipl. Personalleiterin NDS HF, Personalverantwortliche Teilnehmer: Mitarbeiter aller Bereiche und Klinikleitung	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Ableitung kurz- mittel- und langfristiger strategischer und operationaler Ziele im BGM der Privatklinik Hohenegg	
Weiterführende Unterlagen	Diplomarbeit SIB und interne Dokumente	

Projekttitel	Proaktive Risikoanalyse Nachtpflege	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Risikoidentifikation und –reduktion in der Nachtpflege	
Beschreibung	Identifikation führte zu Evaluation und Massnahmeneinleitung, Konzepte und Richtlinien wurden erarbeitet u.a. Personalportfolio Nachtpflege sowie Anschaffungen getätigt.	
Projekttablauf / Methodik	Gefahrenanalyse (Hazard and Operability Studies HAZOP) und Risikomatrix (Courtney-Methode)	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Gesamter Pflegebereich	
Involvierte Berufsgruppen	Leitung Dr. phil. Johanna Friedli Leiterin QM Teilnehmer gesamtes Pflegepersonal und Pflegedirektion	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Potentielle Risiken wurden identifiziert, ihre Wahrscheinlichkeiten und Auswirkungen eingeschätzt, ein Sicherheitsziel definiert und Massnahmen eingeleitet.	
Weiterführende Unterlagen	Risikoanalysebericht, interne Konzepte und Richtlinien	

G

Schlusswort und Ausblick

Das vierte Geschäftsjahr nach Überführung der Klinik Hohenegg in die heutige Privatklinik hat erneut die Unternehmenspolitik bestätigt und die Erwartungen übertroffen. Mit dem geplanten weiteren Profilierungsschritt im März 2009 durch Bildung der drei Kompetenzzentren

- Kompetenzzentrum Depression und Angst
Leitung Professor Daniel Hell (ehem. ärztlicher Direktor Psychiatrische Universitätsklinik ZH)
- Kompetenzzentrum Burnout und Lebenskrise
Leitung Dr. med. Toni Brühlmann (Chefarzt und Ärztlichen Direktor Privatklinik Hohenegg)
- Kompetenzzentrum Psychosomatik
Leitung Professor Stefan Büchi (ehem. Leiter Konsiliarpsychiatrie Psychosomatik Universitätsspital ZH)
konnte das Behandlungsspektrum erweitert und die Fachkompetenz gebündelt werden.

Der Erfolg der Klinik lässt sich im vergangenen Jahr erneut an der Spitzenauslastung von über 90% ablesen und belegt nachhaltig das Bedürfnis nach dem auf 2011 projektierten Kapazitätsausbau.

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

Siehe auch www.hplusqualite.ch



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

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

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



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

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



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

Partner



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

Siehe auch www.anq.ch





Patientenautonomie, zielorientierte Behandlung und Therapieerfolg in einer Privatklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik: Profitieren Frauen gleich wie Männer?

T. Apfel, J. Friedli

EINLEITUNG

Einen wichtigen Faktor im Behandlungsprozess stellt die Patientenzufriedenheit dar. Bei hoher Zufriedenheit mit dem Einbezug in die Behandlungsplanung ist ein/e Patient/in mit einer vorgeschlagenen Therapie eher einverstanden (1), was sich wiederum auf Compliance, Treatment Adherence (2) und auf das Behandlungsergebnis auswirken kann. Im Behandlungskonzept unserer Klinik haben Patientenautonomie und zielorientierte Behandlung eine grosse Bedeutung. Eine unserer früheren Untersuchungen (3) zeigte, dass der Therapieerfolg (Symptomverringering) auch damit zusammenhängt, ob der/die Patient/in die Behandlungsziele mitbestimmen kann und wie zufrieden er/sie mit dem tatsächlichen Erreichen dieser Ziele am Schluss der Behandlung ist. Zudem erfüllt eine erstklassige Hotellerie als ergänzendes Element ein Wohlfühlbedürfnis unserer Patientinnen und Patienten (3).

Da es bisher keine geschlechtsspezifische Untersuchung unseres Behandlungskonzeptes gibt, ergeben sich angesichts des Anteils von 63% Patientinnen in unserer Klinik die folgenden Fragen.

FRAGESTELLUNG

- 1) Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Möglichkeit zur aktiven Beteiligung an der Behandlungsplanung?
- 2) Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede im Behandlungserfolg (Symptomverringering)?
- 3) Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Hotellerie?

METHODE

Zur Förderung der Patientenautonomie legen wir zu Beginn der Behandlung gemeinsam mit dem/der jeweiligen Patienten/in die Behandlungsziele fest, besprechen seine/ihre Mitverantwortlichkeit für das Erreichen dieser Ziele, bestimmen zusammen die Therapien und überprüfen in regelmässigen Abständen gemeinsam den Verlauf.

In die prospektive Studie zur Patientenzufriedenheit von Januar 2006 bis Dezember 2007 wurden 175 Patienten (111 Frauen und 64 Männer) eingeschlossen. Die Patientenzufriedenheit wurde mit dem Zürcher Patientenzufriedenheitsfragebogen Züpaz (4) und zusätzlichen Fragen zur Hotellierzufriedenheit erhoben, der Behandlungserfolg mit dem Brief Symptom Inventory (BSI) (5). Die statistische Datenanalyse mit SPSS umfasste T-Tests für unverbundene Stichproben und bivariate Korrelationen nach Spearman-Rho.

ERGEBNISSE

- 1) Es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern bzgl. der Zufriedenheit mit der Förderung der Eigenverantwortlichkeit im Behandlungsprozess (Abb. 1). Bei Frauen besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Mitbestimmung der Behandlungsziele einerseits und der Zufriedenheit mit der Therapiezielerreichung andererseits (Frauen $r=0.36$, $p<0.001$; Männer $r=0.14$, $p=0.29$). Bei Frauen besteht ein marginal signifikanter Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Mitbestimmung der Behandlungsziele und der globalen Symptomverbesserung zwischen Ein- und Austritt (Frauen $r=0.20$, $p=0.07$; Männer $r=0.15$, $p=0.22$).
- 2) Frauen profitieren im Bereich „Unsicherheit im Sozialkontakt“ signifikant mehr von der Behandlung als Männer ($p=0.03$). Andere Bereiche zeigen keinen Unterschied in der Symptomverbesserung (Abb. 2).
- 3) Geschlechtsunterschiede in der Patientenzufriedenheit mit der Hotellerie bestehen in den Bereichen „Zimmerstandard“ ($p<0.001$) und „Qualität des Essens“ ($p=0.03$). Frauen sind signifikant weniger zufrieden als Männer (Abb. 3).

DISKUSSION

In unserer Klinik sind Frauen genauso zufrieden wie Männer mit ihrer aktiven Beteiligung an der Behandlung und mit der Erreichung ihrer Therapieziele. Dies unterstützt unser Konzept des aktiven Einbezugs auch von Frauen in die Behandlungsplanung. Gleichzeitig zeigt sich, dass in unserer Klinik die Gleichberechtigung in den Bereichen „Autonomie“ und „Einnehmen einer aktiven Rolle in Prozessen“ bereits geschlechtsunabhängig besteht.

Die positive Korrelation der Zufriedenheit mit dem Einbezug in die Behandlungsplanung und mit der Therapiezielerreichung ist bei Frauen deutlich ausgeprägter als bei Männern. Dies bedeutet, dass für Frauen die Mitbestimmung bei der Behandlung sehr wichtig ist und ihre aktive Mitgestaltung zu mehr Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis führt.

Die Zufriedenheit bei der Mitbestimmung der Behandlungsplanung wirkt sich auch positiv auf die gesamte Symptomverbesserung aus, bei Frauen mehr als bei Männern. Der aktive Einbezug der Frauen führt also nicht nur zu ihrer Zufriedenheit als Erfüllung von Erwartungen, sondern hat einen direkten Einfluss auf ihren Gesundheitszustand.

Im Behandlungserfolg, gemessen an der Symptomverringering, zeigt sich ein signifikanter Unterschied bzgl. der „sozialen Unsicherheit“. Bei Behandlungsbeginn haben Frauen eine signifikant höhere Symptombelastung, bei Austritt besteht kein Unterschied mehr zwischen Frauen und Männern, die dann beide klinisch unauffällig sind. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass Frauen sich in Krisen stärker verunsichern lassen, dann aber von dem Behandlungsmodell mit Autonomieförderung deutlich profitieren. Angesichts der signifikanten Symptomverringering profitieren sie möglicherweise mehr als Männer.

Bzgl. der Umgebungsfaktoren „Zimmer“ und „Essen“ besteht eine signifikant geringere Zufriedenheit von Frauen, was einerseits durch höhere ästhetische Ansprüche der Frauen bedingt sein kann, andererseits durch ein höheres Ernährungsbewusstsein. Auf die Zufriedenheit mit der Therapie haben diese Umgebungsfaktoren jedoch keinen Einfluss.

LITERATUR

- 1 Raspe H. et al.: Patienten-„Zufriedenheit“ in der medizinischen Rehabilitation – ein sinnvoller Outcome-Indikator? Gesundheitswesen 1996; 58: 372-78
- 2 Joosten E. A. G. et al.: Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. Psychother Psychosom 2008; 77: 219-26
- 3 Friedli J., Apfel T.: Patientenzufriedenheit und Therapieerfolg in einer Swiss Leading Privatklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik: Im Spannungsfeld zwischen Behandlungsqualität und Top-Kundenorientierung. Der Nervenarzt 2008; 79/Suppl. 4: 530
- 4 Modestin H. et al.: Der Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie: Entwicklung und Charakteristika. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2003; 164: 127-38
- 5 Franke H. G.: Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R, dt. Version) 2000; Göttingen, Beltz Test

Abb. 1: Zufriedenheit mit Faktoren der Patientenautonomie

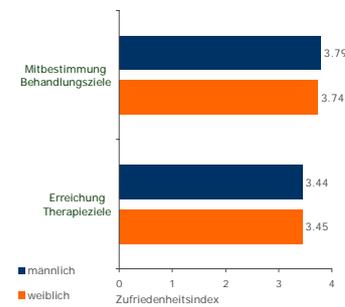


Abb. 2: Symptomverbesserung gemäss BSI

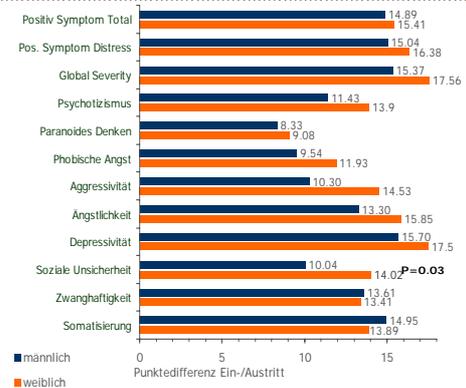
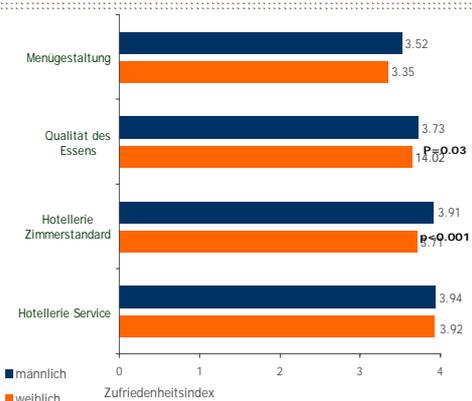


Abb. 3: Zufriedenheit mit der Hotellerie



Spitalspezifische Auswertung zur Erhebung Klinisches Risikomanagement in Schweizer Spitälern

Privatklinik Hohenegg, Gesamtklinik

Johanna Friedli

johanna.friedli@hohenegg.ch

Ihr Spital hat im Winter 2007/2008 an der Erhebung zum klinischen Risikomanagement (kRM) der Hochschule Luzern – Wirtschaft und des Zentrums für Organisations- und Arbeitswissenschaften der ETH Zürich teilgenommen. Wie angekündigt erhalten Sie anbei die detaillierte, auf Ihr Spital bezogene Auswertung, die einen Überblick über die aktuelle Situation und die geplanten Entwicklungen im kRM sowie einen Vergleich mit den Spitälern Ihres Spitaltyps bietet.

Definition klinisches Risikomanagement

„Klinisches Risikomanagement“ (Abkürzung: kRM) verstehen wir als die Gesamtheit der Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten, welche die Mitarbeitenden eines Spitals dabei unterstützen, die medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu reduzieren und zu bewältigen. Dabei stehen nicht einzelne Mitarbeitende und potenzielle Fehler im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, sondern das „Gesamtsystem Spital“. KRM trägt zur Erhöhung der Behandlungssicherheit bei und kann damit helfen, langfristig die Kosten zu reduzieren.

Der *idealtypische Risikomanagementprozess* beinhaltet folgende Phasen: Entwicklung einer Risikostrategie, Identifikation, Analyse, Gewichtung und Handhabung sowie Dokumentation und Controlling der Risiken und der entsprechenden Massnahmen. Gezielte Kommunikation begleitet diesen Prozess und die verschiedenen Einzelmassnahmen sowie themenspezifischen Projekte werden koordiniert. In der Praxis sind die Aufgaben des kRM häufig im Qualitätsmanagement angesiedelt.

Inhalt der Rückmeldeunterlagen

Die Rückmeldeunterlagen bestehen aus 3 Teilen:

- **Management Summary** (separates Dokument), welches in verdichteter Form die übergreifenden Ergebnisse der Erhebung darstellt. Das Management Summary enthält zusammengefasste Informationen und keine Ergebnisse einzelner Spitäler. Es wurde den Personen, die die Erhebung ausgefüllt haben sowie den CEOs aller Schweizer Spitäler zugestellt.
- **Spitalspezifische Rückmeldung: Überblicksdiagramme**, die in einfacher Form einen Überblick über die Ergebnisse der Studie geben (S. 4-10).
- **Spitalspezifische Rückmeldung: detaillierte, spitalspezifische Auswertung** zu allen Fragen im Erhebungsbogen, die einen Einblick in die aktuelle Situation und die geplanten Entwicklungen im kRM sowie einen Vergleich mit den Spitälern Ihres Spitaltyps bietet (S. 11-43).

Falls Sie Rückmeldungen oder Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Matthias Briner:
matthias.briner@hslu.ch oder 041 228 99 39

Diagramm 5: kRM in den einzelnen Kliniken

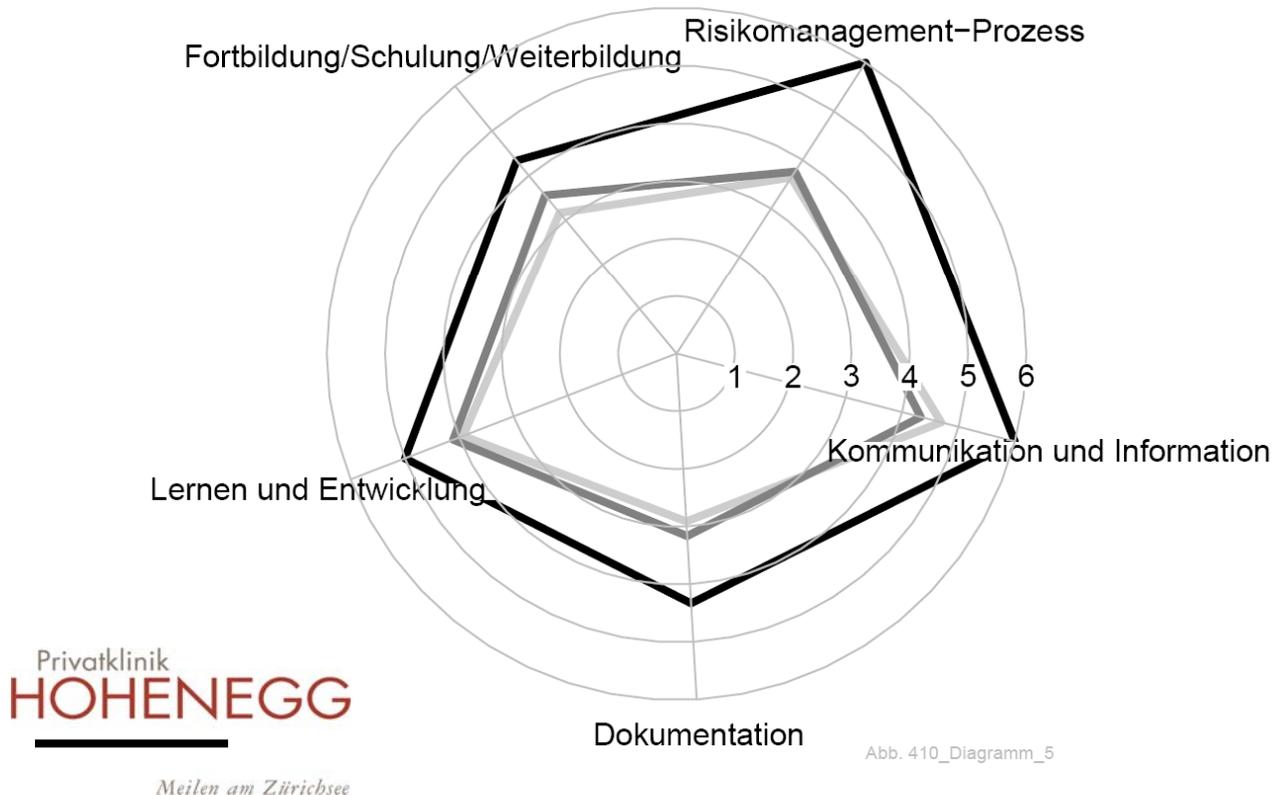


Diagramm 5 stellt eine Zusammenfassung über die Antworten zu den Fragen aus Teil C des Erhebungsbogens dar (kRM in den einzelnen Kliniken; vgl. detaillierte Auswertung S. 34-43). Dabei werden jeweils die Fragen unter

- C2.1 zum „Risikomanagement-Prozess“
 - C2.2 zur „Kommunikation und Information“
 - C2.3 zu „Dokumentation“
 - C2.4 zu „Lernen und Entwicklung“
 - C2.5 zu „Fortbildung/ Schulung/ Weiterbildung“
- zu einer Skala zusammengefasst und der Mittelwert angegeben.

Der Mittelwert jeder Skala entspricht dem Durchschnitt aller Spitäler. Wenn auf einer Skala eine Frage nicht beantwortet wurde, fließt diese Frage nicht in die Bildung des Mittelwerts ein. Falls ein Spital auf einer Skala alle Fragen nicht beantwortet hat, liegt der spitalspezifische Wert auf dieser Skala bei "0".

Skalename	enthaltene Fragen aus dem Erhebungsbogen
Risikomanagement-Prozess	<ul style="list-style-type: none"> • Klinikinterne Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM sind klar definiert. • Die Klinikleitung macht durch konkrete Aktivitäten ihr Engagement bei Fragen zur Patientensicherheit regelmässig sichtbar. • Klinische Risiken werden systematisch identifiziert. • Die Ursachen klinischer Risiken werden systematisch analysiert. • Die klinischen Risiken werden systematisch bewertet. • Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit werden systematisch umgesetzt. • Veränderungen der klinischen Risiken werden systematisch überwacht.

Skalename	enthaltene Fragen aus dem Erhebungsbogen
Kommunikation und Information	<ul style="list-style-type: none"> • Die Klinikleitung / die Leitung des Fachbereichs schafft ein Arbeitsklima, das eine offene Kommunikation fördert. • Es existieren Richtlinien (z.B. Checklisten, Formulare, Prozessbeschreibungen), die sicherstellen, dass die Patienten vor einer Behandlung über mögliche Risiken aufgeklärt werden. • Es existieren Richtlinien, die sicherstellen, dass Patienten offen und proaktiv über kritische Ereignisse oder Fehler in ihrer Behandlung informiert werden. • Es werden regelmässig Patienten- bzw. Angehörigenbefragungen zum Behandlungsprozess durchgeführt. • Es gibt ein aktiv bewirtschaftetes Beschwerdemanagement.
Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Krankengeschichten werden elektronisch geführt. • Krankengeschichten werden hinsichtlich kritischer Ereignisse im Behandlungsprozess proaktiv ausgewertet und entsprechende Massnahmen eingeleitet. • Es existiert eine systematische Vorgehensweise, um die Vollständigkeit der Krankengeschichten zu überprüfen und nötigenfalls entsprechende Massnahmen einzuleiten.
Lernen und Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Klinikleitung schafft ein Klima, in dem verbesserungswürdige Strukturen und Abläufe offen angesprochen werden können. • Die Klinikleitung berücksichtigt die klinischen Risiken, wenn organisatorische Veränderungen eingeleitet werden. • Berufsgruppenübergreifende Besprechungen zu Fragen der Patientensicherheit finden regelmässig statt. • Mitarbeiterbefragungen zur Sicherheitskultur werden regelmässig durchgeführt. • Standardisierte Vorgehensweisen für die Übergabe von Aufgaben und Patienten werden eingesetzt. • Mitarbeitende werden in der Verarbeitung von kritischen Ereignissen und Fehlern unterstützt (z.B. Debriefing, psychologische Unterstützung). • Es existiert ein Forum für betroffene Mitarbeitende, um Fehler, die ihnen unterlaufen sind, vertrauensvoll unter Kollegen zu besprechen.
Fortbildung/ Schulung/ Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Mitarbeitenden werden in der Kommunikation bei der Übergabe von Aufgaben und Patienten geschult. • Die Mitarbeitenden werden in der Früherkennung von kritischen Situationen und Fehlern geschult. • Die Mitarbeitenden werden im Bereich der effektiven Zusammenarbeit weitergebildet. • Die Mitarbeitenden werden für eine verbesserte Einschätzung ihrer eigenen Leistungsfähigkeit geschult (z.B. Wahrnehmung von sinkender Aufmerksamkeit und Übermüdung). • Die Mitarbeitenden werden in der Kommunikation von Behandlungsrisiken und kritischen Ereignissen gegenüber Patienten geschult. • Simulationen zum Üben und Lernen schwieriger Handlungsweisen werden eingesetzt (z.B. Training am Patientensimulator).

Antwortskala 6-stufig:

- (1) „Nein, für keine Kliniken“
- (2) „Geplant für einzelne Kliniken“
- (3) „Geplant für alle Kliniken“
- (4) „Ja für einzelne Kliniken“
- (5) „Ja für einzelne Kliniken, geplant für alle“
- (6) „Ja, für alle Kliniken“

Transfertagung Klinisches Risikomanagement in Schweizer Spitälern

Forschungsergebnisse, Erfahrungsaustausch und Vernetzungsmöglichkeiten im Bereich klinisches Risikomanagement

Mitwirkende (ReferentInnen und ModeratorInnen)	Renate Bernhardsgrütter, Kantonale Psychiatrische Klinik Wil SG Paula Bezzola, Stiftung für Patientensicherheit Ute Buschmann, Luzerner Kantonsspital Adriana Degiorgi, Ente Ospedaliero Cantonale Kt. Tessin (EOC) Johanne Friedli, Privatklinik Hohenegg Francesca Giuliani, Spitäler Bülach, Limmattal und Männedorf Bea Heim, Nationalrätin Kt. Solothurn Marc-Anton Hochreutener, Stiftung für Patientensicherheit Beat Kehrer, Chefarzt a.D. Ostschweizer Kinderspital Joachim Koppenberg, Ospidal d'Engiadina Bassa, ZSSO Scuol Sabine Leisinger, Soteria Bern Christa Leutert, H+ Die Spitäler der Schweiz Helmut Paula, Inselspital, Universitätsspital Bern Robert Rhiner, Spital Zofingen Severine Rion, Swiss Reinsurance Company Philipp Schneider, Berner Fachhochschule, Präsidium SQMH Nicolas Troillet, Réseau Santé Valais Amanda van Vegten, Universitätsspital Zürich Jean-Blaise Wasserfallen, CHUV Lausanne Theo Wehner, Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften, ETH Zürich Urs Zanoni, Geschäftsführer MediX Zürich ... und viele Weitere
--	---

Zielgruppe und Zielsetzung	Die Transfertagung richtet sich an Personen, die im klinischen Risikomanagement und Qualitätsmanagement und/oder in der Führung tätig sind, sowie an weitere interessierte Personen aus allen Spitalbereichen. Durch eine Mischung von Impulsreferaten und moderierten Diskussionen in Workshops über Entwicklungsfelder des klinischen Risikomanagements werden neue Zugänge zum Thema erschlossen und der Austausch gefördert. Im Vordergrund stehen Interdisziplinarität, Dialog und die Ergebnisse der Studie „Klinisches Risikomanagement in Schweizer Spitälern“.
-----------------------------------	---

Teilnahmegebühr (inkl. Verpflegung und Unterlagen)	180.00 (Spitalangehörige) 250.00 (Externe)
--	---

Anmeldung zur Tagung Anmeldeschluss	eveline.amrhyn@hslu.ch Freitag, 5. Juni 2009 Wir empfehlen Ihnen eine rasche Anmeldung. Die Teilnehmerzahl ist aus Platzgründen begrenzt. Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.
--	--

Veranstaltungsort	ETH Zürich, Rämistr. 101, 8092 Zürich, Raum HG D1.1
--------------------------	---

Tagungsleitung	Oliver Kessler, Institut für Betriebs- & Regionalökonomie IBR, Hochschule Luzern – Wirtschaft Tanja Manser, Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften, ETH Zürich
-----------------------	---

Weitere Informationen	www.rms.ethz.ch oder Eveline Amrhyn, +41 (0)41 228 41 55
------------------------------	--
