



spitäler schaffhausen



Geschäftsbericht 2008

der Spitäler Schaffhausen

Spitäler Schaffhausen
Geissbergstrasse 81
CH-8208 Schaffhausen
Tel. +41 (0)52 634 34 34
www.spitaeler-sh.ch

Geschäftsbericht 2008

der Spitäler Schaffhausen



Inhaltsverzeichnis

8	Bericht des Spitalratspräsidenten Prof. Edgar Hänseler
10	Bericht der Regierungsrätin Ursula Hafner-Wipf
12	Interview mit der Interimsführung – Prof. Sigmund Rüttimann, Dr. Klaus Lang, Arend Wilpshaar
16	Organigramm
18	Qualitätsmanagement: Gespräche mit Stefan Steccanella, Leiter Ressort Qualität bei H+ und Urs Wanner, Direktionsstab – Projekte und Qualität bei den Spitälern Schaffhausen
23	Liste der Kadermitarbeitenden
28	Departement Operative Disziplinen
30	Departement Medizin und Rehabilitation
31	Departement Institute
33	Departement Pflege
34	Departement Psychiatrische Dienste
36	Geronto- und Langzeitpsychiatrie
37	Langzeitpflege Pflegezentrum
38	Departement Betriebe
42	Finanzbericht
44	Bilanz
45	Erfolgsrechnungen
46	Geldflussrechnung
47	Ausweis der Fonds
48	Leistungen stationär
50	Leistungen ambulant/teilstationär
52	Revisionsbericht





Die Spitäler Schaffhausen in einem sich stark wandelnden Umfeld



Auch im vergangenen Jahr hat die Diskussion um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen die Öffentlichkeit stark beschäftigt. Noch ist nicht klar, wie ein qualitativ gutes Gesundheitswesen zu bezahlbarem Preis aufrechterhalten werden kann. Sicher ist nur, dass die Spitäler weiterhin eine zentrale Rolle einnehmen werden. Die nationalen Gremien – sowohl die Politikerinnen und Politiker wie auch der Spitalverband H+ und die medizinischen Fachgesellschaften – tun sich auf Grund der Komplexität der Fragestellungen schwer auf der Suche nach der für die Schweiz bestmöglichen Gestaltung des Gesundheitswesens. Allerdings zeichnen sich im Spitalbereich die Rahmenbedingungen, die uns kurz- und mittelfristig bevorstehen, immer konkreter ab. Es sind dies: Die Öffnung der Kantonsgrenzen, nach der die Patientinnen und Patienten frei sein werden, sich ihr Spital der Wahl auch ausserhalb des Kantons zu suchen. Im Weiteren die Einführung der Fallkostenpauschalen, mit der nicht mehr unser Aufwand, sondern nur noch eine Pauschale pro Fall abgegolten wird, unabhängig von den bei uns entstehenden Kosten. Und als dritte Herausforderung müssen wir uns mit der Tatsache auseinandersetzen, dass die Krankenversicherer bei immer mehr Behandlungen nur noch ambulante Tarife vergüten, auch bei Patientinnen und Patienten, die früher stationär aufgenommen werden konnten. Für die Spitäler Schaffhausen sind diese absehbaren Veränderungen von grösster Bedeutung. Wir müssen uns vom «Beinahe-Monopolisten» im Kanton hin zu einer wettbewerbsfähigen Institution entwickeln, wenn wir langfristig eine wichtige Stellung in der Gesundheitsversorgung der Region Schaffhausen behalten wollen – der Leistungsauftrag dazu ist klar formuliert.

Die Spitäler Schaffhausen im Umbruch

Entsprechend befinden sich die Spitäler Schaffhausen im Umbruch; die neue Struktur mit einem Spitalrat, der im Auftrag der Regierung und unter Aufsicht des Kantonsrates einen Leistungsauftrag umzusetzen

hat, war im Jahr 2006 das wichtigste Merkmal dieses Umbruchs. Die Etablierung der neuen Führungs- und Organisationsstrukturen und die Integration der Psychiatrischen Dienste haben in den Jahren 2006 und 2007 viel Energie beansprucht. Das Jahr 2007 stand ausserdem im Zeichen der Erarbeitung einer Unternehmensstrategie, welche die Spitäler Schaffhausen mit ihrem Leistungsangebot positioniert und in die Lage versetzt, nicht nur die einheimischen Patientinnen und Patienten bestmöglich zu versorgen, sondern auch in einem erweiterten, die Kantonsgrenzen übergreifenden gesundheitspolitischen Umfeld zu bestehen.

2008 stand folgerichtig die Einführung und Umsetzung der Mittelfristplanung im Fokus. Sie steht für die Konkretisierung der Strategie und bezweckt, die Spitäler Schaffhausen mit konkreten Projekten und Vorgaben auf das neue Umfeld vorzubereiten. Wir müssen sicherstellen, dass wir in Zukunft im medizinischen und pflegerischen Bereich qualitativ bestmögliche Leistungen zu tragbaren Kosten erbringen können. Dies bedingt insbesondere eine Anpassung der räumlichen und apparativen Infrastruktur sowie eine Optimierung der internen Abläufe.

Eine geeignete bauliche Infrastruktur ist eine wichtige Voraussetzung, um die Patientinnen und Patienten optimal im Spital aufnehmen, behandeln und betreuen zu können. Sie ist nicht nur unerlässlich für das Wohl der Patientinnen und Patienten, sondern auch für einen effizienten und reibungslosen Behandlungspfad. Im Projekt «Strategische Bau- und Raumplanung» wird derzeit intensiv daran gearbeitet, wie die notwendigen baulichen Voraussetzungen geschaffen werden können.

Die Mittelfristplanung umfasst aber auch weitere Projekte, beispielsweise den Ausbau der Informatik, die Verfeinerung der Werkzeuge zur finanziellen Steuerung der Spitäler Schaffhausen oder die flächendeckende Einführung eines Qualitätsmanagements entsprechend dem EFQM-Modell.

Viele der erwähnten Projekte sind bereits weit fortgeschritten und in einem ersten Schritt auch mit den politischen Instanzen abgeglichen. Ich denke an die Implementierung der neuen Leitungs- und Organisationsstruktur, die Zusammenführung der Verwaltungsbereiche des Kantonsspitals und der Psychiatrischen Dienste, die beschlossene Sanierung des Pflegezentrums und die Modernisierung der Operationssäle.

Umbruch heisst auch umdenken

Die wohl wichtigste Erkenntnis seit der Verselbständigung der Spitäler Schaffhausen ist aus der Sicht des Spitalrates aber, dass wir nur dann erfolgreich mit den kommenden Herausforderungen umgehen werden, wenn wir bereit sind, uns auch mit unangenehmen Fragestellungen auseinanderzusetzen und die notwendigen Schritte ohne Wenn und Aber konsequent in Angriff zu nehmen. Voraussetzung dazu ist eine Offenheit gegenüber Veränderungen, die Bereitschaft, Bestehendes loszulassen und sich mit Neuem auseinanderzusetzen. Diese Offenheit und Bereitschaft sich einzusetzen, haben wir immer wieder bei vielen Mitarbeitenden erlebt. Es ist mir ein grosses Anliegen, an dieser Stelle allen zu danken, die in den letzten drei Jahren engagiert mitgeholfen haben, die Zukunft der Spitäler Schaffhausen zu sichern. Der Spitalrat ist sich bewusst, dass diese Phase der Veränderungen nicht immer einfach war.

Der offene und konstruktive Umgang mit Kritik, aber auch das Eingestehen von Fehlern und die Korrektur dieser Fehler waren notwendig und werden weiterhin notwendig bleiben.

Spitalrat und Spitalleitung sind sich bewusst, dass die personellen und strukturellen Veränderungen teilweise Verunsicherungen mit sich gebracht haben und dass das Infragestellen von alten Gewohnheiten und Abläufen auch Angst machen kann. Es gibt aber keine Alternative, als diesen Weg konsequent weiterzugehen. Die Erfolge sind zum Teil schon sichtbar, brauchen da und dort aber noch etwas Geduld, weil sich vieles nicht von heute auf morgen realisieren lässt.

Finanziell erfolgreiches 2008, neuer Spitaldirektor und neuer Chefarzt Chirurgie

Trotz der schwierigen Umstände haben die Spitäler Schaffhausen in finanzieller Hinsicht ein erfolgreiches Jahr hinter sich. Die Berichte der Bereichsverantwortlichen und die Jahresrechnung belegen, dass mit grossem Engagement gearbeitet und eine ausgezeichnete Leistung erbracht wurde.

Im Herbst hat sich PD Dr. med. Walter Schweizer entschieden, die Spitäler Schaffhausen zu verlassen. Walter Schweizer war seit 1996 bei den Spitälern Schaffhausen tätig; im Namen des Spitalrates danke ich ihm für seine langjährigen Dienste und seinen engagierten Einsatz für unsere Patientinnen und Patienten.

Wir sind ausserordentlich froh, in der Person von PD Dr. med. Markus Weber einen bestens ausgewiesenen und erfahrenen Chefarzt Chirurgie verpflichtet zu haben. PD Dr. med. Markus Weber wird seine Stelle am 1. Mai 2009 antreten.

Auch die Position des Spitaldirektors musste neu besetzt werden. Es war das Verdienst von Susanne Imhof, in dieser Zeit des Umbruchs auch schwierige Themen anzupacken. Unterschiedliche Sichtweisen in verschiedenen Fragestellungen haben leider die Zusammenarbeit mit ihr erschwert. Susanne Imhof hat sich sehr für das Wohl und für die Neuausrichtung der Spitäler Schaffhausen eingesetzt, und dafür gebührt ihr unser Dank.

Mit Dr. Hanspeter Meister, einem gebürtigen Schaffhauser, konnte diese wichtige Position kompetent neu besetzt werden. Hanspeter Meister kennt nicht nur die Spitäler Schaffhausen bestens, er bringt auch breite Führungserfahrung in komplexen öffentlichen Institutionen sowie eine fundierte Kenntnis des Gesundheitswesens mit. Der neue Spitaldirektor wird die Spitäler Schaffhausen ab 1. Mai 2009 operativ führen.

In der Interregnumszeit wurden die Spitäler von den Herren Dr. med. Klaus Lang, Prof. Dr. med. Sigmund Rüttimann und Arend Wilpshaar sehr umsichtig und professionell geleitet. Ich möchte ihnen an dieser Stelle für den ausserordentlichen Einsatz in dieser Übergangsphase herzlich danken.

Die Mitarbeitenden der Spitäler Schaffhausen haben in den letzten Monaten viel und gute Arbeit geleistet und sich stets für das Wohl unserer Patientinnen und Patienten eingesetzt. Dafür bedanke ich mich im Namen des Spitalrates bei ihnen allen ganz herzlich.

Wir können nicht versprechen, dass die kommenden Monate einfacher werden; Spitalleitung, Kader und Mitarbeitende werden auch 2009 gefordert sein. Gemeinsam können wir die anstehenden Herausforderungen bewältigen. Wir sind dabei aber auch auf besonnene Politikerinnen und Politiker sowie politische Behörden angewiesen, die uns auf unserem anspruchsvollen Weg in die Zukunft unterstützen. Auch ihnen danke ich für ihr Verständnis und ihr Bekenntnis zu gut positionierten, starken Spitälern Schaffhausen.

*Für den Spitalrat:
Prof. Dr. Edgar Hänseler, Präsident*

Politische Steuerung und betriebliche Eigenverantwortung – Rollenklarheit im Bewährungstest



2008 war das dritte Betriebsjahr der Spitäler Schaffhausen seit der Ausgliederung aus der allgemeinen Kantonsverwaltung und der Neugründung als selbständige Anstalt des üblichen Rechts. In den Jahren 2006 und 2007 haben sich die politischen Behörden (Regierungsrat und Kantonsrat) einerseits und die Führungsorgane der Spitäler andererseits schrittweise in die neu zugeteilten Aufgaben und Verantwortlichkeiten eingearbeitet. Das Jahr 2008 brachte dann – im Zusammenhang mit mehreren personellen Wechseln im obersten Spitalkader – einen ersten Bewahrungstest der neuen Rollenverteilung: In den Leserbriefspalten der Lokalmedien und auch im Kantonsrat wurden kritische Stimmen laut, welche die Rückkehr zu einer direkteren Kontrolle und Einflussnahme des Regierungsrates und der parlamentarischen Gesundheitskommission auf die Führungsprozesse forderten.

Die breiten üblichen Diskussionen waren für die hauptbetroffenen Personen und für das Klima in den Betrieben ganz allgemein eine Zeit lang recht belastend. Gegen das Jahresende hin hat sich die Situation dann aber wieder beruhigt. In der Rückschau kann festgestellt werden, dass die Auseinandersetzungen wohl nötig waren, um das übliche Bewusstsein für die veränderten Rahmenbedingungen und Herausforderungen, denen sich die Spitäler im heutigen Umfeld stellen müssen, noch weiter zu festigen. Persönlich habe ich den Eindruck gewonnen, die Spitäler haben aus der zurückliegenden schwierigen Phase gestärkt herausgefunden.

Der Spitalrat stand im vergangenen Jahr mit dem Regierungsrat und mit der Gesundheitskommission des Kantonsrates in regelmässigem und intensivem Kontakt. Bei der Lösung der personellen Probleme, die eindeutig in der Zuständigkeit des Spitalrates lag, konnte dieser nach offenen und engagierten Gesprächen auf eine klare und verbindliche Unterstützung durch den Regierungsrat und die Gesundheitskommission bauen. Zudem wurde an den zentralen

Schnittstellen zwischen den politischen Organen des Kantons und den Spitälern, wie sie gemäss neuem Spitalgesetz definiert sind, konsequent und kontinuierlich weitergearbeitet:

- Mit der Bewilligung eines Kredites für eine «sanfte» Teilsanierung des Pflegezentrums hat der Kantonsrat einen entscheidenden Schritt gemacht zur Sicherung eines hochwertigen Leistungsangebotes der Spitäler in der Übergangs- und Langzeitpflege.
- Bei der Sanierung der Operationssäle im Kantonsspital, die nach unerwartet aufgetretenen Schäden in der Haustechnik dringend nötig wurden, ist es in optimaler Zusammenarbeit zwischen den involvierten Stellen des Kantons und der Spitäler gelungen, die Räume und Einrichtungen zu begrenzten Kosten innert kürzester Frist wieder auf einen technisch höchst modernen und zukunftsweisenden Stand zu bringen.
- Zusammen mit dem Jahreskontrakt 2009 wurde der Rahmenkontrakt zwischen dem Kanton und den Spitälern, der 2005 noch einseitig vom Regierungsrat erlassen worden war, grundlegend überarbeitet.
- Neben den tagesaktuellen Fragen wurden auch bei den mittel- und langfristigen Planungen übergreifende Zielabstimmungen eingeleitet (Festlegung von Eckwerten der betrieblichen Mittelfristplanung bis 2012 und Einleitung einer längerfristigen Planung zur Erneuerung der baulichen Infrastruktur).

Der Kantonsrat und die Schaffhauser Bevölkerung haben für die Bedürfnisse der kantonalen Spitäler in der Vergangenheit sehr viel Verständnis gezeigt und die für das Gedeihen der Betriebe benötigten Mittel stets ausreichend zur Verfügung gestellt. In Zukunft wird die Sicherung einer wirtschaftlichen Betriebsführung bei gleichzeitiger Erhaltung einer hohen Versorgungsqualität vermehrt an Bedeutung gewinnen. Dabei bleibt die Verankerung der Spitäler im Vertrauen der Bevölkerung und der zuweisenden Ärzteschaft aber weiterhin der wahre Schlüssel für die Zukunft. Der Regierungsrat, der Kantonsrat, der Spitalrat und die Mitarbeitenden aller Stufen sind sich dessen gleichermassen bewusst und arbeiten darauf hin, dieses Vertrauen zu erhalten und zu stärken. Für das Engagement, das sie im vergangenen Jahr auf diesem Weg gezeigt haben, danke ich allen ganz herzlich.

*Ursula Hafner-Wipf,
Regierungsrätin und Mitglied des Spitalrates*



Blutspende im Zentrallabor

«Unser Spital ist ein komplexer Mikrokosmos»



v.l.n.r.
Dr. med. Klaus Lang
Arend Wilpshaar
Prof. Dr. Sigmund Rüttimann

Während des vergangenen Jahres wurde bei den Spitälern Schaffhausen einiges in Gang gebracht. 2008 war für die Spitalleitung aber zugleich ein ausgesprochen bewegtes Jahr. Über das Erreichte, den Umgang mit öffentlicher Kritik und die Ziele für 2009 erzählen die Mitglieder der Interimsführung im Gespräch.

Auf welche Leistung im Jahr 2008 schauen die Spitäler Schaffhausen mit besonderem Stolz zurück?

Klaus Lang 2008 war für uns ein mehr als spannendes Jahr. Ein Hauptthema in meinem Verantwortungsbereich war die Sanierung von zwei Operationssälen. Der Sanierungsbedarf zeigte sich sehr kurzfristig, so dass wir rasch eine Lösung finden mussten. Während der Realisierungsphase schloss sich die Firma Storz an, die mit uns ein Referenzprojekt umsetzte. Innert sechs Monaten konnten wir so den Bau realisieren und verfügen nun über absolute Hightech-Operationssäle. Notabene auf einem Niveau, wie sie in anderen Spitälern erst ins Auge gefasst werden. Das hat uns in diesem Fach bezüglich des technischen Umfeldes in eine andere Liga katapultiert.

Sigmund Rüttimann Im Departement Medizin und Rehabilitation hatte der Umzug der geriatrisch-neurologischen Rehabilitation ins Akuthaus grosse Bedeutung. Mit diesem Schritt konnte das vor zwei Jahren entwi-

ckelte und schon vor über einem Jahr in Kraft getretene Geriatriekonzept noch besser umgesetzt werden. Sowohl die muskuloskelettale wie auch die geriatrische und neurologische Rehabilitation sind jetzt konzentriert innerhalb einer Klinik unter der Leitung von Chefarzt Thomas Stoll im Akutspital untergebracht. Das ist eine grosse Erleichterung, vor allem auch für die Therapien. Und auch die neue Führung der geriatrisch-neurologischen Rehabilitation durch den leitenden Arzt Dr. Jan Kuchynka ist ein Gewinn für alle.

Arend Wilpshaar Für mich bedeutete 2008 zuerst einmal, im Rahmen der neuen Führungsstruktur zu arbeiten. Insbesondere die Verbindung mit dem Psychiatriezentrum wurde verstärkt. In dieser Beziehung wurde inzwischen viel geleistet, es bleibt dennoch viel zu tun.

Die Organisation wurde in einer Phase, in der eigentlich die Schritte zu einem von Gemeinsamkeiten getragenen System vollzogen werden sollten, durch Personalwechsel und heftige öffentliche Diskussionen belastet. Wie stark hat dies die Entwicklung beeinträchtigt?

Klaus Lang Sicher gab es Beeinträchtigungen, denn es ist nicht erbaulich, seinen Arbeitsplatz – egal in welcher Funktion man arbeitet – am Morgen negativ bewertet in der Zeitung zu finden. Ich bin aber überzeugt, dass die Arbeit mit den Patienten darunter

nicht gelitten hat. Ich stelle auch fest, dass schwierige Situationen die Menschen näher zusammenrücken lassen. Das ist eine Tendenz, die wir während der Turbulenzen im vierten Quartal 2008 gespürt haben.

Sigmund Rüttimann Natürlich war den Leuten nicht immer zum Lachen zumute. Unsere Mitarbeitenden verhielten sich jedoch äusserst professionell. Die meisten konnten die öffentliche Debatte von der täglichen Arbeit trennen und wussten, welchen Job sie hier zu leisten hatten. Ich hatte nie das Gefühl, jemand habe in dieser Zeit nachgelassen oder gar die Institution als Ganzes in Zweifel gezogen. Interessant war für mich, dass man am Morgen zuerst die Zeitung voll von Leserbriefen vor sich hatte und glaubte, nichts sei mehr recht. Schon wenn ich das Spital jeweils durch die Notfallstation mit seinem aufgestellten Personal betrat, spürte ich, dass sich die Mitarbeitenden nicht ins Bockshorn jagen lassen. Das war wichtig.

Arend Wilpshaar Das eine ist die innerbetriebliche Sicht, das andere diejenige der Bevölkerung und der Patienten, die durch die Berichterstattung ebenfalls verunsichert waren. Unsere Mitarbeitenden wurden in ihrem privaten Umfeld oft angesprochen. Wenn die Schaffhauserinnen und Schaffhauser das Gefühl hatten, bei uns stimme etwas nicht, haben sie angerufen oder geschrieben. Das hat sich inzwischen beruhigt. Ich denke, alle Beteiligten haben wieder Vertrauen gefasst.

Klaus Lang Was sicher auch zur Beruhigung beigetragen hat, sind die personellen Entscheide – insbesondere die Wahl von Markus Weber als Chefarzt Chirurgie, den viele im Haus noch kennen. Das hat sehr viel Wohlwollen ausgelöst. Markus Weber wird in Schaffhausen mit viel positiver Spannung erwartet.

Blättert man im Geschäftsbericht 2007 der Spitäler Schaffhausen, findet man dort das Motto: «Zusammenwachsen und Bauen des gemeinsamen Weges». Wie weit ist die Organisation auf diesem Weg 2008 vorangekommen? Immerhin bestehen im Psychiatriezentrum und im Kantonsspital doch recht unterschiedliche Betriebskulturen.

Arend Wilpshaar Die Psychiatrischen Dienste pflegen sicher eine andere Kultur beim Umgang mit Patienten, bei den Abläufen, aber auch bei der Art der Entscheidungsfindung. Wir haben jedoch dort, wo wir Gemeinsamkeiten fanden, diese gepflegt und ausgebaut.

Wie ist dieser Prozess in den Abteilungen des Kantonsspitals zu spüren?

Sigmund Rüttimann In den Abteilungen spürt man das noch wenig. Innerhalb des Hauses ist man gewohnt, eng zusammenzuarbeiten, während die Zusammenarbeit mit der Psychiatrie zwar gut läuft, die Berührungspunkte aber eher selten sind. Die Zusammenarbeit ergibt sich vor allem auf der administrativen Ebene. Vieles erinnert an die Integration des Pflegezentrums ins Kantonsspital. Auch das war ein langer Prozess, der aber trotz grosser Schritte selbst heute noch nicht in allen Teilen abgeschlossen ist.

Arend Wilpshaar Grundsätzlich ist es so, dass im Akutspital andere Selbstverständlichkeiten, andere Organisationsstrukturen und Abläufe den Alltag bestimmen als im Psychiatriezentrum. Wir alle sind in kleinere und grössere Teams eingebunden, die eine eigene Form der Zusammenarbeit kennen. Das wird es auch in Zukunft geben. So, wie sich die Patientenbedürfnisse unterscheiden, so müssen sich auch die Abläufe unterscheiden.

Sigmund Rüttimann Es muss nicht überall gleich laufen. Die einzelnen Departemente sollen dort, wo es sinnvoll ist, ihre Autonomie bewahren. Wer den Spitalbetrieb kennt, weiss, dass die einzelnen Berufsgruppen eine eigene Arbeitskultur pflegen. Erst recht bestehen Unterschiede zwischen den Häusern. Man wird beispielsweise in der Psychiatrie die Kommunikation nie gleich betreiben wie in der Akutsonatik. Das sind völlig verschiedene Aufgaben. Es geht darum, in den Gesamtzielen einig zu sein und im ärztlichen und pflegerischen Bereich so viel wie sinnvoll und möglich voneinander zu profitieren.

Klaus Lang Es ist eine Illusion, zu glauben, man habe bei einer Zusammenführung am Verhandlungstisch auch die Betriebskultur verändert. Dieser Prozess braucht stets eine Balance, bei der es weder grosse Gewinner noch grosse Verlierer gibt. Es ist wichtig, Platz für eine vielfältige Kultur zu bewahren, auch deshalb, weil man als Mitarbeiter nicht in eine fixe Rolle gepresst werden möchte. Eine grosse Klammer ist über die Wirtschaftlichkeit und die einheitlichen Anstellungsbedingungen gegeben.

Nicht erst seit die Spitäler Schaffhausen sich neu organisiert haben, ist es ein vordringliches Ziel, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen. Welchen Zeithorizont

setzen Sie, um sich dem schweizerischen Mittel anzunähern?

Sigmund Rüttimann 2012 kann zum Schlüsseljahr werden, wenn das sogenannte DRG-Modell (Diagnosis Related Groups) mit der Fallkostenpauschale eingeführt wird und die Spitäler tatsächlich miteinander vergleichbar werden. Unsere Strategie ist darauf ausgerichtet, unter diesen Bedingungen bestehen zu können.

Klaus Lang Auch wenn die Fallkostenpauschalen im Akutbereich einen grossen Teil unserer Leistungen betreffen, dürfen wir bei dieser Frage nicht das Ziel aus den Augen verlieren. Es kann nicht allein darum gehen, Kosten zu senken. In gleichem Masse braucht es Anstrengungen, damit man sich als Patient in Schaffhausen weiterhin gut aufgehoben fühlt und gut behandelt wird.

Gibt es denn grosse Hebel, die auf der Kostenseite etwas bewirken?

Arend Wilpshaar Man kann nicht erwarten, mit einem grossen Coup das Problem zu lösen. Potenzial beinhaltet die bessere Trennung von ambulanten und stationären Prozessen. Aufgrund unserer Betriebsgrösse ist das allerdings nicht leicht zu schaffen. Viele unserer Beschäftigten arbeiten ebenso im ambulanten wie im stationären Bereich. Ein grosses Thema ist auch die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer im Spital. Das sind zwei wichtige Grundthemen, von denen sich viele andere Grundfragen ableiten lassen.

Sigmund Rüttimann Wir haben in dieser Frage schon einiges erreicht. So haben wir vor vier Jahren die leistungsorientierte Budgetierung (LOB) eingeführt und die Budgetverantwortung auf kleinere Einheiten übertragen. Damit konnten Einsparungen erzielt werden, ohne an den Leistungen herumschrauben.

Und wie wollen Sie langfristig bewerkstelligen, dass weder das Personal noch die Patientinnen und Patienten unter den Sparanstrengungen zu leiden haben?

Klaus Lang Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit führen nicht zwangsläufig zu schlechteren Leistungen. Oftmals bringen sie einfach effizientere Abläufe. Ein anderer Faktor sind die Fallkostenpauschalen, die zu einer nochmals kürzeren Verweildauer im Spital führen werden. Nehmen wir als Beispiel die Geburten: Heute bleibt eine junge Mutter etwa eine Woche im Spital. Das wird unter dem DRG-Re-

gime wahrscheinlich nicht mehr möglich sein. Vermutlich werden Mutter und Kind dann deutlich früher nach Hause entlassen, weil nur eine bestimmte Anzahl Tage von den Krankenkassen bezahlt werden. Daran schliesst sich die Frage an, wie gross der stationäre Teil eines Spitals noch sein muss, um diese Leistungen zu erbringen.

Wird die Fallpauschale unter diesen Vorzeichen nicht auch zu einer gewissen Spezialisierung der Spitäler führen?

Sigmund Rüttimann Das Risiko besteht. Es ist unsere Aufgabe, zu prüfen, ob es sinnvoll ist, gewisse diagnostizierte Krankheiten nicht mehr selbst zu behandeln und dafür mit anderen Spitälern zu kooperieren. Der Leistungsauftrag verlangt aber von uns, die Grundversorgung der Schaffhauser Bevölkerung sicherzustellen. Ein solch allgemeines Angebot umfasst zwangsläufig kostendeckende und nichtkostendeckende medizinische Leistungen.

Klaus Lang Unser Spital ist ein komplexer Mikrokosmos. Von der betriebswirtschaftlichen Seite her, sieht die medizinische Arbeit ganz anders aus als aus der klinischen Warte. Ein Beispiel: Ohne einen Gastroenterologen (Red: Spezialist für Magen-Darm-Erkrankungen) kann keine Viszeralchirurgie (Bauchchirurgie) durchgeführt werden. Es braucht beides. Ebenso können sie ohne leistungsfähige Radiologie viele Bereiche eines Spitals nicht betreiben. Unter diesem Gesichtspunkt sind die rein kostenmässigen Überlegungen differenzierter zu beurteilen. Wir haben in Schaffhausen sehr viele Spezialisten. Das wird einerseits kritisiert, andererseits garantiert dies aber unser Leistungsniveau.

Sigmund Rüttimann Vieles ist tatsächlich so eng verflochten, dass beim Wegfall einer Disziplin andere ebenfalls bröckeln. Kooperationen müssen deshalb sehr sorgfältig geplant werden.

Zum Schluss ein Blick in die Zukunft: Mit welchen Ambitionen ist die Spitalleitung ins Jahr 2009 gestartet?

Klaus Lang Im laufenden Jahr stehen neben anderen Projekten wiederum bauliche Pläne auf der Traktandenliste. Das eine ist die Sanierung der Gebärsäle, mit der wir im Herbst starten möchten. Wir zählen über hundert Geburten mehr pro Jahr, das schafft Handlungsbedarf. Ein weiteres wichtiges Thema ist die Notfallpraxis, die wir gemeinsam mit der kantonalen Ärztesgesellschaft planen.

Arend Wilpshaar Wir arbeiten an der strategischen Bauplanung, an der Weiterführung des Kostensenkungsprogramms, sind in der Planung einer Patientenzufriedenheitsmessung und unternehmen erhebliche Qualitätsanstrengungen im Rahmen des EFQM. In der zweiten Jahreshälfte soll zudem die Sanierung Pflgetrakt Geriatrie beginnen.

Sigmund Rüttimann Die Antizipierung der sich laufend verändernden politischen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen hat alle Beteiligten stark gefordert. Diese Dynamik wird uns auch in Zukunft begleiten.

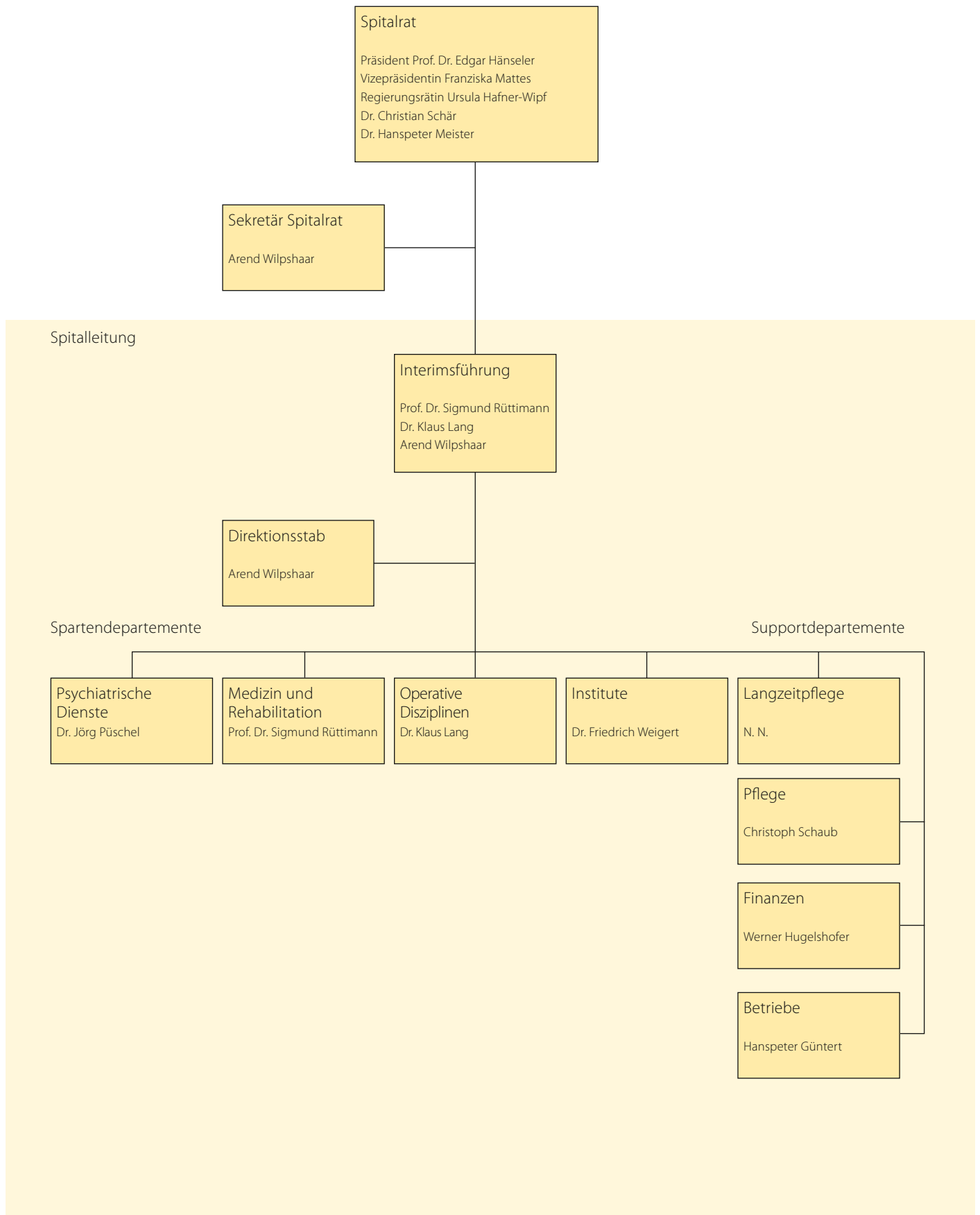
Die Gesprächsteilnehmer haben interimistisch im November die Gesamtleitung der Spitäler Schaffhausen übernommen:

Arend Wilpshaar ist seit 1986 am Kantonsspital tätig. Als Leiter des Direktionsstabs ist er verantwortlich für organisationsübergreifende Projekte wie Bau, Qualität, Kommunikation sowie für Strategieprojekte. Zugleich ist er Sekretär des Spitalrats.

Dr. med. Klaus Lang ist Departementsleiter der operativen Disziplinen. Er kam 1998 vom Kantonsspital Aarau nach Schaffhausen. Klaus Lang ist Facharzt für Anästhesiologie.

Prof. Dr. med. Sigmund Rüttimann kam 1993 als Chefarzt der Inneren Medizin an das Kantonsspital und war seither immer Mitglied der Spitalleitung. In der heutigen Führungsorganisation ist er Departementsleiter Medizin und Rehabilitation. Als Professor für Innere Medizin ist Sigmund Rüttimann zudem an der Uni Basel tätig.

Organigramm 31.12.2008





«Qualitätssicherung braucht Ressourcen»



Qualitätssicherung bei öffentlichen und privaten Spitälern gewinnt immer mehr an Bedeutung. Auch die Spitäler Schaffhausen führen mit dem EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management) ein anspruchsvolles System ein. Was bringt Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, und worauf kommt es dabei an? Stefan Steccanella, Leiter des Ressorts Qualität bei «H+ Die Spitäler der Schweiz», der Dachorganisation der Spitäler, gibt Antwort.

Herr Steccanella, das schweizerische Gesundheitssystem genießt im internationalen Quervergleich gerade bezüglich Qualität einen ausgezeichneten Ruf. Dennoch fordern Fachleute seit längerem mehr Qualitätsförderung in den Spitälern. Sind unsere Spitäler schlechter als ihr Ruf?

Stefan Steccanella Es ist nicht sinnvoll, alle Spitäler über einen Kamm zu scheren. Fest steht jedoch: Im von der OECD angestellten Vergleich steht die Schweiz sehr gut da. Dennoch glauben wir, dass einzelne Spitäler Unterstützung brauchen, um sich im schweizerischen Vergleich weiterentwickeln zu können.

Woher kommt der Ruf nach mehr Qualitätsmanagement?

Auf der einen Seite wollen die Finanzierer bei den Kantonen und Krankenkassen wissen, welche Leistungen sie einkaufen. Auf der anderen Seite stehen die Fachleute in den Spitälern, die sich noch mehr vergleichen möchten und aus diesen Vergleichen lernen wollen. Und schliesslich hat auch die Öffentlichkeit ein Interesse an Transparenz.

Welche Aspekte sind für die Messung der Spitalqualität wichtig?

Die fachliche Beurteilung unterliegt anderen Kriterien als die Beurteilung durch die Patienten. Das subjektive Urteil von Patienten und Angehörigen unterscheidet sich zudem nach der Art des Aufenthaltes. Für

einen Akutpatienten, der über einen Notfall ins Spital kommt, zählen andere Aspekte als für einen Langzeitpatienten oder einen Heimbewohner. Hier kann man mit Befragungen die Zufriedenheit bei Patienten, Angehörigen und bei den Nachversorgern registrieren. Auf der fachlichen Seite geht es darum, einen Verbesserungsprozess aufrechtzuerhalten, um dort, wo sich im Detail Probleme zeigen, Lösungen zu finden.

Welche Indikatoren haben auf fachlicher Ebene Bedeutung?

In den Diskussionen stehen Themen wie Rehospitalisierungen, Reoperationsraten, Infektionen, Medikationsprobleme oder Fehler bei der chirurgischen Behandlung im Zentrum. In der Langzeitpflege schaut man beispielsweise auf Sturzzahlen und das Wundliegen, die Hinweise auf die Qualität der Behandlung und Pflege geben.

Stellt die Einführung eines Qualitätsmanagements neue Anforderungen an die Pflegenden und die Ärzteschaft? Wird der Arzt am Ende gar zum Statistiker, dem keine Zeit mehr bleibt für die Patienten?

Das wäre sicher sehr zugespitzt formuliert. Ich begreife diese Diskussion vor allem bei den Pflegenden. Zu Recht wird gefordert, nicht jeden Tag eine Stunde oder noch mehr für die Dokumentation einzusetzen, statt sich den Patienten widmen zu können. Es gibt deshalb Bestrebungen, einheitliche und einfache Systeme zu favorisieren. Auf diese Weise lässt sich verhindern, dass Ärzteschaft und Pflegenden zu Statistikern werden.

Wie weit muss das Bewusstsein für Qualitätsmanagement in den Spitälern erst aufgebaut werden?

Ich gehe davon aus, dass Ärzteschaft und Pflegenden in der täglichen Arbeit immer versuchen, die bestmögliche Qualität zu erreichen. Die sorgfältige Dokumentation der Leistungserbringung gehört längst zum Alltag und wird schon in der Ausbildung vermittelt. Qualitätsmanagement bedingt jedoch eine entsprechende Betriebskultur.

Das EFQM, wie es beispielsweise die Spitäler Schaffhausen einführen, ist nicht einfach ein anderes System, sondern beinahe eine Unternehmensphilosophie. Man arbeitet dabei nicht auf eine Zertifizierung hin, sondern steht über Jahre in einem permanenten Prozess, der die Institution weiterentwickelt. Das ist anspruchsvoll und verlangt Durchhaltewillen, vor allem durch das Management getragen.

Verlangt das EFQM also noch mehr Leidenschaft als andere Systeme?

Mir entspricht EFQM, weil es eine ganzheitliche Betrachtung vorsieht und das Umfeld des Patienten mit einbezieht. Mit seinen neun Pfeilern ist es zudem breit abgestützt. Einfachere Systeme bieten Grundstandards, zu denen das Spital noch eigene Schwerpunkte wählt. EFQM ist eine konsequente Weiterentwicklung. Ich war kürzlich an einem EFQM-Audit der zweithöchsten Stufe. Diese Klinik arbeitet inzwischen seit acht Jahren mit diesem System. Das spürt man von der Leitung über die Pflegenden bis hin zu den Patienten. Wenn der Qualitätsvirus sich einmal festgesetzt hat, bleibt er da.

Im Zentrum der Bemühungen stehen sicher die Patientinnen und Patienten. Welchen Nutzen dürfen diese von einem Qualitätsmanagement erwarten?

Das Ergebnis nehmen die meisten Patienten im Alltag kaum bewusst wahr, denn Qualität erkennt man oftmals erst, wenn sie fehlt. Mit einem Label oder einem Zertifikat kann man sich darauf verlassen, dass sich ein Spital Ziele setzt und deren Erreichung nach Standards geprüft werden.

Muss hohe Qualität immer teurer sein?

Die Kostenentwicklung ist nicht linear. Bei der Einführung eines Qualitätsmanagements entsteht zuerst einmal Mehraufwand, weil Ressourcen geschaffen und Schulungen gemacht werden müssen. Das ist eine erhebliche Investition. Kann man aber später die Früchte – beispielsweise in Form einer Abnahme der Rehospitalisierungsrate – ernten, bleiben den Patienten nicht nur Leiden erspart, sondern auch die Kosten sinken.

Kosten, die mit der kommenden Fallkostenpauschale ohnehin eingespart werden müssen?

Es gibt Anzeichen, dass nach der Einführung der Fallkostenpauschale gewisse Behandlungen schneller abgeschlossen werden. Man spricht von «blutigen Entlassungen», wo Patienten früher nach Hause entlassen oder an eine andere Institution weitergegeben werden. Die Fallpauschale könnte zudem einen Anreiz bieten, Patienten mehrmals aufzubieten, weil dadurch mehrfach fakturiert werden kann. Solchen ungunstigen Entwicklungen kann das Qualitätsmanagement mit einem guten Monitoring unter Umständen Einhalt gebieten.

Wenn Qualität gemessen wird, brennen die Medien darauf, zu wissen, welche Spitäler besser, welche schlechter sind. Wie weit kann man aber überhaupt so unterschiedlich gelagerte Institutionen wie ein Universitätsspital und regionale Spitäler einander gegenüberstellen? Vergleicht man bei diesen Rankings nicht zwangsläufig Äpfel mit Birnen?

Leider ist das sehr oft so. Das beginnt damit, dass Vergleiche angestellt werden, bei denen Patienten mit den gleichen Leistungen in Spitälern mit vergleichbarer Grösse und ähnlichem Leistungsauftrag nebeneinandergestellt werden. Dass es aber erheblich ist, welche Patientenstruktur bezüglich Alter und Schwere der Erkrankung diesen Zahlen zugrunde liegt, wird gerne vergessen. Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat die Spitäler in Kategorien unterteilt, um bessere betriebswirtschaftliche Vergleiche zu bekommen. Die Krux ist jedoch, dass Spitäler gleicher Kategorie teilweise grundlegend verschiedene Strukturen haben. So verlieren Rankings ihre Aussagekraft.

Ein Beispiel dafür ist die Statistik der Mortalitätsraten in Spitälern, die das Bundesamt für Gesundheit (BAG) veröffentlicht hat. Das BAG benützt ein deutsches System, um die Schweizer Verhältnisse abzubilden. Im Unterschied zur Schweiz haben die deutschen Statistiker jedoch Zugriff auf das Zahlenmaterial der Krankenkassen. Um aussagekräftige Angaben zu bekommen, müsste man deshalb diese Zahlen zuerst vertieft analysieren. Das ist jedoch für die Medien nicht attraktiv.

Macht es also überhaupt Sinn, nun auch noch ein öffentliches Qualitätsrating zu liefern?

Heute spricht man oft von den mündigen Patienten. Studien zeigen, dass Patienten in erster Linie sicher und gut behandelt werden wollen. Die gleichen Studien zeigen aber auch, dass die so genannten Patientenströme sehr robust sind. Selbst wenn sich am einen oder anderen Ort ein Qualitätsaspekt verschiebt, ändert sich das Verhalten der Patienten auf Grund von Ranglisten kaum, weil meistens der Hausarzt Zuweiser ist.

H+ arbeitet an einem Qualitätslabel, der «Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken» beschäftigt sich ebenfalls intensiv mit dem Thema von nationalen Messungen. Sicher werden die verschiedenen Interessengruppen von den Kranken-

kassen über Spitalorganisationen bis hin zur Gesundheitsdirektorenkonferenz ihre eigene Optik vom idealen Qualitätsmanagement einbringen.

Wie leicht wird sich das alles unter einen Hut bringen lassen?

Theoretisch könnten wir unser Label alleine entwickeln, nur macht das wenig Sinn. Damit ein Zertifikat für die Spitäler von Nutzen ist, muss es von den Finanzierern anerkannt sein. Die Versicherer wollen unterschiedliche Qualität zu verschiedenen Tarifen beziehen. Deshalb sucht H+ die Zusammenarbeit mit diesen Stellen. Auch die Kantone wünschen eine aktive Zusammenarbeit. Das ist sinnvoll, weil damit Akzeptanz und Glaubwürdigkeit geschaffen wird. Viele Spitäler wünschen sich nämlich, ihre Qualität besser abgegolten zu bekommen als andere, die in dieser Beziehung weniger tun.

Welchen Stellenwert wird die Qualitätsförderung für die Spitäler zukünftig haben? Wird sie im kostenorientierten Denken irgendwann nicht doch wieder ins Hintertreffen geraten?

Das Qualitätsmanagement wird in den kommenden Jahren mehr und mehr an Gewicht gewinnen, gerade wegen des grossen Kostendrucks durch die Fallkostenpauschale. Ich kann mir gut vorstellen, dass in naher Zukunft unterschiedliche Tarifsysteme entstehen, die auf Qualität basieren. Dass der Bund eine eigene Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen ausarbeitet, zeigt ebenfalls, welches Gewicht dieses Thema noch bekommen wird. Das Problem wird letzten Endes die Finanzierung sein. Neue Systeme und Messungen einzuführen, ist immer aufwendig. Qualitätssicherung braucht Ressourcen – aber sie bringt auch etwas.

«Ein permanenter Verbesserungsprozess»

Urs Wanner, zuständig für Projekte und Qualität im Direktionsstab der Spitäler Schaffhausen über die Lancierung des EFQM Qualitätsmanagement-Systems.

Urs Wanner, die Spitäler Schaffhausen setzen auf Qualität und haben deshalb mit EFQM (European Foundation for Quality Management) ein Qualitätsmanagement-System gewählt, das anspruchsvoller ist als andere Labels. Welche Gründe sprachen für das EFQM-Modell?

Urs Wanner Bei der Auswahl des Qualitätsmanagement-Systems spielten mehrere Kriterien eine Rolle: Es sollte ein Modell sein, das sich auf unsere Gegebenheiten anpassen lässt, das die Qualität umfassend betrachtet und im Gesundheitswesen schon erfolgreich im Einsatz ist. Das EFQM-Modell für Excellence erfüllt alle diese Voraussetzungen. Es gibt einen einheitlichen Rahmen vor, in den sich die vielen, bereits laufenden Qualitätsaktivitäten einfügen und neue Aktivitäten gut positionieren lassen. Es deckt sowohl die Struktur-, Prozess- als auch die Ergebnisqualität ab. Zusätzlich verfolgt das Modell einen «Immer besser»-Ansatz, im Gegensatz zu anderen Systemen, die einem «Gut genug»-Ansatz folgen. Dies bedeutet, dass dem EFQM ein stetiger Verbesserungsprozess zugrunde liegt, der nicht endet, sobald die Minimalanforderungen erreicht sind.

Die Einführung eines neuen Qualitätsmanagements ist äusserst anspruchsvoll. Wie ist die Akzeptanz bei den Beschäftigten der Spitäler Schaffhausen?

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können sich anfänglich recht wenig unter den Schlagworten Qualitätsmanagement-System oder TQM (Total Quality Management) vorstellen. Das ist auch ganz in Ordnung so, denn diese Schlagworte müssen zuerst mit Inhalten gefüllt und verständlich gemacht werden. Für die Beschäftigten ist wichtig, wie sich solche Systeme im Alltag bemerkbar machen. Für sie geht es darum, wie und ob solche Systeme ihre Abläufe klären oder wie sich die Informationsweitergabe zwischen den Bereichen und Berufsgruppen verbessern lassen.

Die Herausforderung bei der Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems besteht darin, für die Beschäftigten und die Patienten einen sichtbaren Nutzen zu erbringen. Daran arbeiten wir, indem wir dieses Jahr eine Selbstbewertung nach EFQM durchführen und daraus Verbesserungsprojekte ableiten. Dieser durch EFQM vorgegebene Zyklus von Standortbestimmung und Verbesserung wird regelmässig

wiederholt und ergibt den angestrebten permanenten Verbesserungsprozess.

Qualität könnte in naher Zukunft ein entscheidender Faktor im hart umkämpften Gesundheitsmarkt sein. Ist Schaffhausen mit den eingeleiteten Massnahmen auf dem richtigen Weg?

Die Spitäler Schaffhausen arbeiten nicht erst an der Qualität, seit diese in den Medien ein Thema ist. Es wird und wurde schon viel unternommen. Der Vorteil von EFQM besteht neben den erwähnten Aspekten auch darin, dass sich alle Qualitätsvorgaben gut in unser System einfügen lassen.

Welche langfristigen Ziele verbinden Sie mit dem EFQM?

An erste Stelle steht für uns die optimale Dienstleistung für unsere Patientinnen und Patienten. Dieser Aspekt wird als eines von acht Grundprinzipien mit EFQM speziell betont. Wir arbeiten deshalb weiter an verbesserten Abläufen, um beispielsweise Wartezeiten weiter zu verkürzen oder Verpflegung, Zimmergestaltung und Informationen zu verbessern. Natürlich stehen auch die Mitarbeitenden im Fokus des Modells. Ohne sie würden unsere Patienten keine Behandlung oder Pflege erhalten. Am Ende steht das Ziel, ein qualitativ hochstehendes Spital zu vernünftigen Kosten für einen attraktiven Wohn- und Arbeitskanton zu bleiben.



Kadermitarbeitende Spitäler Schaffhausen

31.12.2008

CEO

Susanne Imhof	CEO (bis Ende November 08)
---------------	----------------------------

Departement Psychiatrische Dienste

Psychiatriezentrum Breitenau

Dr. med. Jörg Püschel	Departementsleiter, Chefarzt Psychiatriezentrum Breitenau
Dr. med. Dieter Böhm	Leitender Arzt Sozialpsychiatrischer Dienst
Dr. biol. hum. Bernd Lehle	Leiter Rehabilitation
Markus Schmidlin	Leiter Geronto- und Langzeitpsychiatrie

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

Dr. med. Christian Begemann	Chefarzt Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
Dr. med. Martin Brütsch	Leitender Arzt Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

Departement Medizin und Rehabilitation

Geriatric

Dr. med. Kurt Müller	Chefarzt Geriatric/Rehabilitation (bis 31.03.08)
----------------------	--------------------------------------------------

Innere Medizin

Prof. Dr. med. Sigmund Rüttimann	Departementsleiter, Chefarzt Innere Medizin
Dr. med. Jürg Peter	Leitender Arzt Innere Medizin und Kardiologie
Dr. med. Hans-Jakob Gloor	Leitender Arzt Innere Medizin und Nephrologie
Dr. med. Gilles Sauvant	Leitender Arzt Innere Medizin und Angiologie
Dr. med. Albert Steiner	Leitender Arzt Innere Medizin und Gastroenterologie
PD Dr. med. Michael Buslau	Spezialarzt Dermatologie und Allergologie
Dr. med. Theodor Karamfilov	Spezialarzt Dermatologie und Allergologie
Dr. med. Rudolf Hermann	Spezialarzt Gastroenterologie
Dr. med. Jürg Lämmli	Spezialarzt Gastroenterologie (bis 31.07.08)
Dr. med. René Frey	Spezialarzt Kardiologie
Dr. med. Paul Hänny	Spezialarzt Neurologie
Dr. med. Hannes Michel	Spezialarzt Onkologie
Dr. med. Giannicola D'Addario	Spezialarzt Onkologie (seit 01.05.08)
Dr. med. Jürg Häggi	Spezialarzt Pneumologie
Dr. med. Hans-Peter Schäfer	Spezialarzt Hämatologie
Yvonne Meier	Leiterin Ernährungsberatung

Langzeitpflege

Paul Herzog	Leiter Langzeitpflege, Pflegezentrum
-------------	--------------------------------------

Rheumatologie/Geriatric/Rehabilitation

PD Dr. med. Thomas Stoll	Chefarzt Rheumatologie/Geriatric/Rehabilitation
Dr. med. Jan Ungar	Leitender Arzt Psychiatrie
Dr. med. Jan Kuchynka	Leitender Arzt Geriatric (seit 01.04.08)
Daniela Strebel Schmoker	Leiterin Therapien

Pflege Medizin und Rehabilitation

Hans-Jürgen Wagner	Leiter Pflege
--------------------	---------------

 Departement Operative Disziplinen

 Anästhesie/Intensivmedizin

Dr. med. Klaus Lang	Departementsleiter, Chefarzt Anästhesie/Intensivmedizin
Dr. med. Christa Brenig	Leitende Ärztin Anästhesie
Dr. med. Klaus Bischof	Leitender Arzt Anästhesie
Dr. med. Urs Denzler	Leitender Arzt Intensivmedizin
Daniel Zeljkovic	Leiter Pflege Anästhesie
Bruno Bauer	Leiter Pflege Intensivstation
Schenker Andreas	Leiter Rettungsdienst

 Chirurgie

PD Dr. med. Walter Schweizer	Chefarzt Chirurgie (bis 31.10.08)
Dr. med. Peter Soyka	Leitender Arzt Chirurgie/Stv. Chefarzt Chirurgie (ab 01.11.08)
Dr. med. Barna Boldog	Leitender Arzt Chirurgie
Dr. med. Bruno Hüttenmoser	Leitender Arzt Chirurgie
Dr. med. Markus Rau	Leitender Arzt Chirurgie
Dr. med. Jean-Claude Zuber	Leitender Arzt Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
Dr. med. Peter Dejica	Spezialarzt Ophthalmologie (bis 31.03.08)
Dr. med. Ernst Hegi	Spezialarzt Chirurgie (bis 31.05.08)
Dr. med. Frank Paech	Spezialarzt Chirurgie (ab 01.06.08)
Gerlinde Schiebel	Leiterin Pflege OPS
Sigi Breddermann	Leiter Pflege Notfallstation
Marjan Pem	Leiter Zentralsterilisation

 Geburtshilfe/Gynäkologie

Dr. med. Markus Eberhard	Chefarzt Geburtshilfe/Gynäkologie
Dr. med. Peter Martin Fehr	Leitender Arzt Geburtshilfe/Gynäkologie
PD Dr. med. Thomas Roos	Leitender Arzt Geburtshilfe/Gynäkologie
Dr. med. Johannes Sigrist	Leitender Arzt für Pädiatrie und Neonatologie
Dr. med. Sergio Stocker	Leitender Arzt für Pädiatrie und Neonatologie
Dr. med. Christine Carosso	Spezialärztin Geburtshilfe/Gynäkologie
Dr. med. Peter Fehr	Spezialarzt Geburtshilfe/Gynäkologie
pract. med. Susan Baur	Spezialärztin Geburtshilfe/Gynäkologie (bis 31.07.08)
Dr. med. Stefanie Sturm	Spezialärztin Geburtshilfe/Gynäkologie (seit 01.08.08)
Dr. med. Bruno Bolt	Belegarzt Pädiatrie und Neonatologie
Dr. med. Raymond Corti	Belegarzt Geburtshilfe/Gynäkologie
Dr. med. Davorin Rajcic	Belegarzt Geburtshilfe/Gynäkologie

 HNO

Dr. med. Christoph Thüning	Chefarzt HNO
Dr. med. Benjamin Heinz	Spezialarzt HNO
Dr. med. Claudia Pieren Frei	Spezialärztin HNO

 Orthopädie

PD Dr. med. Karl-Heinz Widmer	Chefarzt Orthopädie
Dr. med. Christoph Brumm	Leitender Arzt Orthopädie

 Urologie

Dr. med. Dietegen Pestalozzi	Chefarzt Urologie
Dr. med. Isabel Reilly	Leitende Ärztin Urologie (bis 30.04.08)

Pflege Operative Disziplinen

Schiess Karin	Leiterin Pflege
---------------	-----------------

Departement Institute

Radiologie

Dr. med. Friedrich Weigert	Departementsleiter, Chefarzt Radiologie
Dr. med. Stefan Seidel	Leitender Arzt Radiologie
Jürg Baumgartner	Chef MTRA

Apotheke

Dr. pharm. Cora Hartmeier	Leiterin Apotheke
---------------------------	-------------------

Zentrallabor

Dr. Reto Savoca	Leiter Labor
-----------------	--------------

Departement Pflege

Christoph Schaub	Departementsleiter
Sandra Pfeiffer	Leiterin Sozialdienst (bis 30.04.08)
Kathrin Schneider	Leiterin Sozialdienst ad interim (01.05.08 bis 31.12.08)

Departement Finanzen

Jürg Rahm	Departementsleiter (bis 30.06.08)
Werner Hugelshofer	Departementsleiter (ab 01.04.08)
Nadja Bühler	Leiterin Rechnungswesen (bis 30.06.08)
Zwysig Jörg	Leiter Rechnungswesen (ab 01.07.08)
Roland Schmid	Leiter Informatik (bis 30.09.08)
Karl Potzmader	Leiter Informatik (ab 01.10.08)

Departement Betriebe

Hanspeter Güntert	Departementsleiter
Isolde Siegel	Leiterin Hotellerie
Matthias Schlatter	Leiter Personaldienst
Alex Luginbühl	Leiter Technik und Logistik

Direktionsstab

Arend Wilpshaar	Leiter Direktionsstab
-----------------	-----------------------





Operative Disziplinen Im Zeichen der Erneuerung

Ein seismographisch orientierter Rückblick auf das Jahr 2008 ergibt ein Bild mit vielen positiven, aber auch negativen Ausschlägen. Es war neben der alltäglichen Behandlung und Versorgung der Patienten ein Jahr der intensiven Veränderung und aktiven Neugestaltung.

Zum Departement Operative Disziplinen gehören die Abteilungen Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie, Urologie, HNO, Anästhesie/Intensivmedizin/Rettungsdienst sowie die spezialisierten Behandlungseinheiten wie der Gebärsaal, die Notfallstation, die Intensivstation, der OP-Betrieb und die Zentralsterilisation. Das Departement zählt insgesamt 288 Mitarbeitende.

Erfolgreiche Chirurgie

In den operativen Abteilungen wurden 4875 stationäre Austritte sowie 33 911 Pflorgetage verzeichnet. Es wurden 6250 operative Wahl- und Notfalleingriffe durchgeführt.

Der Rückgang an stationären Patienten um 9,3 Prozent auf der Chirurgie über das ganze Jahr fand im Wesentlichen bereits in den ersten 4 Monaten statt und trat nicht erst infolge des Rücktritts des Chefarztes Chirurgie auf. Die Abteilungen Gynäkologie/Geburtshilfe sowie die Abteilung Orthopädie zeigten einen sehr erfreulichen Anstieg der behandelten Patienten um 6,0 respektive 6,2 Prozent.

Die auf die Kündigung des langjährigen Chefarztes Chirurgie PD Dr. med. Walter Schweizer folgende breite öffentliche Diskussion war sicherlich eine aussergewöhnliche Belastungsprobe für alle Mitarbeitenden im Departement. Sie hatten ihren anstrengenden Alltag weiterhin zu bewältigen und waren dabei vielfältigen Reizen und Einflüssen ausgesetzt. Die rasche Wahl von PD Dr. med. Markus Weber als neuer Chefarzt Chirurgie fand intern breite Zustimmung und hat viel dazu beigetragen, die Motivation innerhalb der Chirurgie hochzuhalten.

Die Chirurgie hat trotz der oben genannten Turbulenzen ein erfolgreiches Jahr hinter sich. Gut 50 Prozent der operativen Eingriffe am Kantonsspital werden von den spezialisierten Kaderärzten der Abteilung Chirurgie durchgeführt. Das Spektrum der operativen Spezialitäten ist nach wie vor breit und gewährleistet eine fachlich hochstehende Versorgung der Patienten. Angeboten werden neben der Allgemeinchirurgie Viszeralchirurgie, Gefässchirurgie, Thoraxchirurgie, Handchirurgie und Unfallchirurgie.

Die interimistische Führung der Abteilung seit Mitte Oktober 2008 durch den langjährigen leitenden Arzt Dr. med. Peter Soyka garantiert die notwendige Ruhe und Stabilität der Abteilung bis zum Amtsantritt von PD Dr. Markus Weber.

Neue Operationssäle als Referenzinstallation

Die Gesamtsanierung und medizintechnische Erneuerung der fünf Operationssäle 2008 waren zweifellos ein wichtiger Meilenstein für die mittelfristige Entwicklung der operativen Disziplinen. Sie waren für die Verbesserung der Abläufe im Operationssaal enorm wichtig und lange erwartet. Die in zwei Etappen über sechs Monate durchgeführte Sanierung verlangte von allen im OP arbeitenden Mitarbeitenden höchste Flexibilität und zusätzliches Engagement. In Kooperation mit dem renommierten Medizintechnik-Hersteller Karl Storz aus Tuttlingen sowie der Schaffhauser MedPlan AG, einem auf Operationssäle spezialisierten Generalunternehmer, entstand innerhalb kurzer Zeit eine Referenzinstallation von zwei sogenannten hoch integrierten Operationssälen für minimalinvasive Eingriffe. Schon seit Jahren wird in den Spitälern Schaffhausen, wo immer möglich, in den operativen Fächern Gynäkologie, Chirurgie und Urologie minimalinvasiv, also mit kleinstmöglichem Schnitt operiert. Die neu installierte Technik erlaubt es den Operateuren, alle für die Operation notwendigen Geräte direkt steril vom OP-Tisch aus zu bedienen und zu steuern. Durch die modernste Vernetzung stehen damit auch telemedizinische Anwendungen wie Live-Schaltungen für Schulungszwecke oder das Einholen von Zweitmeinungen während der Operation zur Verfügung. Somit steht in den Spitälern Schaffhausen eine hochmoderne OP-Infrastruktur zur Verfügung, von der die Patienten und die Mitarbeitenden gleichermaßen profitieren.

Gynäkologie/Geburtshilfe

Seit der Schliessung der Geburtenabteilung in der Klinik Belair ist die Anzahl Geburten im Kantonsspital stark angestiegen. Sie stieg 2008 um 84 auf 719 Geburten. Die Arbeitsbelastung für die Ärzte der Gynäkologie/Geburtshilfe sowie das Hebammen-Team war deshalb enorm hoch. Die Infrastruktur der Gebärsäle inklusive des für die Schnittentbindungen reservierten Operationssaales ist dringend erneuerungsbedürftig. Die Sanierung wird derzeit vorbereitet und beginnt voraussichtlich in der zweiten Jahreshälfte 2009.

Im Februar 2008 wurde von den Chefärzten der Frauenkliniken Bülach, Schaffhausen, Uster, Wetzikon und Winterthur «SenoSuisse» als interdisziplinär kooperierende Non-Profit-Organisation gegründet. «SenoSuisse» versteht sich als qualitätsorientiertes Netzwerk zur Förderung der Brustgesundheit sowie zur optimalen Versorgung und Betreuung von Frauen mit gutartigen sowie bösartigen Brusterkrankungen. «SenoSuisse» garantiert den Patientinnen eine medizinische und persönliche Betreuung auf höchstem Niveau. Die strengen Anforderungen der Europäischen Gesellschaft für Brustgesundheit werden dabei schon heute weitgehend erfüllt, zum Teil sogar übertroffen. Die Betreuung von Patientinnen mit Brusterkrankungen ist ein komplexer, interdisziplinärer Prozess. An diesem Prozess beteiligen sich neben Frauenärzten Spezialisten aus den Gebieten der Radiologie, Onkologie, Radioonkologie, Pathologie, plastischen Chirurgie, Psychoonkologie sowie – besonders wichtig in ihrer integrativen Funktion – die Hausärzte.

Orthopädie

Die Abteilung für Orthopädie verzeichnet 2008 wiederum einen Anstieg der Eingriffszahlen um über 9 Prozent. Dieser Erfolg ist das Ergebnis der in den letzten Jahren geleisteten Aufbauarbeit. Die minimal-invasiven Operationstechniken nehmen auch hier einen immer höheren Stellenwert ein.

Anästhesie und Intensivpflegestation

Das Methodenspektrum der Abteilung Anästhesie konnte im Rahmen der OP-Sanierung ebenfalls erweitert werden. Die Steuerung der Narkosetiefe mittels einer computergestützten Hirnstrommessung steht seit Oktober 2008 in allen Operationssälen zur Verfügung. Dies reduziert das sehr geringe Restrisiko einer Wachheit in Narkose nochmals deutlich und erlaubt eine noch exaktere Steuerung der Anästhesie. Zusammen mit den modernen computergesteuerten Infusionspumpen und Beatmungsgeräten steht damit eine zeitgemässe Infrastruktur für die Durchführung von Narkoseverfahren zur Verfügung.

Die Statistik der interdisziplinären Intensivstation weist 2008 mit 2333 Pflgetagen und 793 Beatmungstagen die höchsten Werte seit 28 Jahren auf. 51 Prozent der Patienten auf der Intensivstation gehören zur Gruppe der am schwersten erkrankten und aufwändigsten Patienten. 45 Prozent der Patienten auf der Intensivstation sind älter als 70 Jahre. Der von

der Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin prognostizierte steigende Bedarf an Intensivbetten bildet sich im Trend bereits ab.

Rettungsdienst

Seit dem 1. Januar 2008 ist der Rettungsdienst des Kantonsspitals in einer eigenen Abteilung organisiert. Im April folgte die Umschaltung des Sanitätsnotrufs 144 von der Notfallstation in die Sanitätsnotrufzentrale der Organisation Schutz und Rettung Zürich am Flughafen. Der Rettungsdienst präsentiert sich heute als flexible, engagierte und kompetente Organisation mit einer positiven Öffentlichkeitswirkung. 2008 wurden 3469 Einsätze in allen Dringlichkeitsstufen gefahren. Die fachliche Kompetenz der Mitarbeitenden im Rettungsdienst hat durch die veränderte Personalstruktur deutlich zugenommen und entspricht den Vorgaben des Interverbands für Rettungswesen (IVR). Die Arbeiten zur Anerkennung des Rettungsdienstes durch den IVR laufen auf Hochtouren. Mittelfristig muss die Frage des gemeinsamen Standortes der Fahrzeuge und der Mitarbeitenden im Rettungsdienst gelöst werden. Die Stationierung der Rettungsfahrzeuge in der der Notfallstation vorgelagerten Garage ist aus verschiedenen Gründen nicht mehr zeitgemäss.

Notfallstation

Die Notfallstation weist ebenfalls wieder einen Anstieg der Konsultationen aus. Seit November hat die Notfallstation den notfallärztlichen Dienst der kantonalen Ärztesgesellschaft von 23.00 Uhr bis 7.00 Uhr übernommen. Dies hat zu einer weiteren Zunahme der Konsultationen ab 23.00 Uhr geführt. Die Gespräche mit der kantonalen Ärztesgesellschaft über eine Notfallpraxis am Kantonsspital starten Anfang 2009. Es besteht Grund zur Annahme, dass diese Verhandlungen zu einer Win-win-Situation für die Spitäler Schaffhausen und die niedergelassenen Ärzte führen werden.

Dr. med. Klaus Lang

Leiter Departement Operative Disziplinen

Medizin und Rehabilitation

Gelungene Integration

2008 war das erste Jahr in der neuen departementalen Organisationsstruktur der Spitäler Schaffhausen. Im Departement Medizin und Rehabilitation sind sinnvollerweise die nichtoperativen bettenführenden Disziplinen Innere Medizin, Rheumatologie sowie muskuloskelettale und geriatrische/neurologische Rehabilitation zusammengefasst. Die Medizinische Klinik und die Klinik für Rheumatologie, Geriatrie und Rehabilitation werden von je einem Chefarzt geführt. Eine gemeinsame Departementspflegeleitung ist dem Departementsleiter direkt unterstellt. Die Leitung Therapien ist dem Chefarzt Rheumatologie, Geriatrie und Rehabilitation unterstellt. Diese Organisation hat sich im ersten Jahr bewährt. Es werden regelmässige Departementssitzungen durchgeführt, die Wege sind kurz, und der Umgang miteinander ist unkompliziert.

Medizin

Auf der Medizinischen Klinik war erstmals seit längerer Zeit ein leichter Rückgang zu verzeichnen (minus 5 Prozent). Gründe für diese Entwicklung sind nicht offensichtlich. Möglicherweise handelt es sich um eine normale Korrektur nach der starken Steigerung um 5 Prozent im Vorjahr. In den meisten Spezialbereichen der Inneren Medizin war ein Zuwachs zu verzeichnen: In der Kardiologie wurden bei sonst stabilen Untersuchungszahlen deutlich mehr Schrittmacherkontrollen und Langzeit-EKG-Monitorings durchgeführt. Die Zahl der Untersuchungen auf der Gastroenterologie blieben unverändert. Unser Angiologe führte dagegen erneut wesentlich mehr Kathetereingriffe durch, und die Zahl der Hamodialysen stieg erstmals seit vier Jahren wieder an.

Rheumatologie, Geriatrie und Rehabilitation

In der Klinik für Rheumatologie, Geriatrie und Rehabilitation war die Zahl der stationären Eintritte gegenüber dem Vorjahr konstant. Die einschneidendste Änderung bildete die Integration ab 1. April 2008 der geriatrisch/neurologischen Rehabilitation, welche bisher vom zurückgetretenen Chefarzt Dr. Kurt Müller als eigene Klinik geführt wurde, in die neu konzipierte Klinik für Rheumatologie, Geriatrie und Rehabilitation. Diese Veränderung ging elegant über die Bühne. Dies dank sorgfältiger und umsichtiger Planung durch den verantwortlichen Chefarzt Prof. Dr. Thomas Stoll, den Departementspflegeleiter Hans-Jürgen Wagner und die Gesamtleiterin der Therapien Daniela Strebel sowie dank dem tatkräftigen Einsatz aller Teammitglieder. Mitgeholfen hat wohl auch, dass die geriatrische/neu-

rologische Rehabilitation im E-Trakt des Akuthauses sehr schöne, renovierte Patientenzimmer und Arbeitsräume beziehen konnte. Sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für das Personal bedeutete das eine enorme Verbesserung. Die Leitung dieser Abteilung obliegt seit dem 1. April 2008 Dr. Jan Kuchynka. Es ist ihm gelungen, zusammen mit seinem Chefarzt eine auch personell stabile Situation zu schaffen und die durch die Umstrukturierungen der letzten Jahre entstandenen Unsicherheiten auszuräumen. Neu nahmen auf der Abteilung Rheumatologie und Rehabilitation Dr. Felix Steinemann im Januar 2008 und auf der Abteilung Geriatrie und Rehabilitation Dr. Michaela Petre im Juli 2008 ihre Tätigkeit als Oberarzt und Oberärztin auf. Das vom Spitalrat verabschiedete Betriebskonzept Geriatrie wird mit Erfolg angewendet und umgesetzt. An dieser Stelle danke ich dem zurückgetretenen Chefarzt Dr. Kurt Müller für seine jahrelange äusserst engagierte Tätigkeit am Kantonsspital herzlich.

Personelle Änderungen

Im kaderarztlichen Bereich der Medizinischen Klinik gab es zwei wichtige Änderungen. Dr. Jürg Lämmli ist nach über 25-jähriger Tätigkeit als gastroenterologischer Konsiliararzt altershalber zurückgetreten. Für seine über diese lange Zeit ausgezeichneten Dienste und den grossen Einsatz für das Kantonsspital danke ich ihm herzlich. Neu konnte für das Konsiliararzt-Team der Onkologe Dr. Giannicola D'Addario gewonnen werden. Er führt mit unserem bisher alleinigen Onkologen, Dr. Hannes Michel, in Schaffhausen eine Praxis, mit der die Spitäler Schaffhausen einen innovativen Kooperationsvertrag abschliessen konnten. Damit wird die schon bisher sehr erfolgreiche Zusammenarbeit ausgeweitet und gefestigt.

Auch im Jahr 2009 wird das Departement sich neuen Herausforderungen stellen müssen. Insbesondere stehen personelle Wechsel im Bereich Nephrologie durch den altersbedingten Rückzug von Dr. Hans Jakob Gloor sowie bei den allgemeininternistischen Oberärzten an. Ebenso muss die Gastroenterologie personell neu organisiert werden.

Ich danke allen Mitarbeitern des Departementes für ihre Unterstützung und die ausgezeichnete Arbeit, die sie in diesem Jahr geleistet haben.

Prof. Dr. med. Sigmund Rüttimann
Leiter Departement Medizin und Rehabilitation

Institute

Steigender Zeit- und Kostendruck

Das neu konstituierte Departement Institute beinhaltet diejenigen medizinischen Funktionsbereiche, die einen ausgeprägten interdisziplinären Dienstleistungscharakter sowohl für stationäre als auch für intern und extern ambulant zugewiesene Patienten haben. Generell setzt sich hier der Trend der letzten Jahre fort zu immer schnellerer und gleichzeitig kosteneffizienter Leistungserbringung. Diese Entwicklung steht in direktem Zusammenhang mit dem immer rascheren Abklärungsbedarf und den verkürzten stationären Aufenthalten.

Radiologie

In der Radiologie konnte die ohnehin äusserst angespannte Personalsituation im ärztlichen Bereich durch die Wiederbesetzung einer Oberarztstelle etwas gemildert werden. Die Leistungszahlen der Radiologie stiegen weiterhin – analog zu den letzten Jahren – in fast allen Teilbereichen kontinuierlich an. Erneut stand eine grössere Gerätebeschaffung und Sanierung an: Die in den letzten Jahren besonders stark wachsende Nachfrage nach Abklärungen der weiblichen Brust wurde dank zusätzlich gesprochener Mittel und Budget-Vorbezügen zum einen durch die Installation eines volldigitalen Mammographiegeräts wesentlich verbessert und erleichtert, zum anderen wurde ein separater, ebenfalls voll-digitaler dezidierter Mamma-Stereotaxietisch installiert und ein zusätzlicher Untersuchungsraum mit Ultraschallgerät eingerichtet. All das wurde bei laufendem Betrieb und ohne wesentliche Leistungseinschränkung bewerkstelligt. Nachdem wir aus räumlichen Gründen auf einen zweiten Durchleuchtungsarbeitsplatz verzichtet hatten, wurde für Gelenkpunktionen und einfachere Durchleuchtungen ein separater Raum mit einem Bildverstärker eingerichtet. Gesamthaft ist damit die Radiologie voll digitalisiert mit entsprechenden Einsparungen an Filmkosten und dem völligen Wegfall herkömmlicher Entwicklungsmaschinen. Das reduziert auch den Serviceaufwand deutlich.

Zentrallabor

Die Gesamtrenovation der Laborräumlichkeiten konnte erfreulicherweise abgeschlossen werden. Neu ist es gelungen, auch externe Auftraggeber zu gewinnen, insbesondere Praxen, die mit dem Spital schon durch Konsiliartätigkeit eng verbunden sind. Insgesamt nahmen dadurch die Laborleistungen im Vergleich zum Vorjahr deutlich zu. Spitalintern wurde die Pilotphase des papierlosen, computerge-

stützten Laborauftragssystems erfolgreich abgeschlossen. Die 1999 erfolgte Akkreditierung durch die schweizerische Akkreditierungsstelle wurde nach einer zweitägigen Inspektion bestätigt.

Spitalapotheke

Aus der Spitalapotheke ist als einzige wesentliche Neuigkeit zu vermelden, dass sie im Rahmen des mit der Onkologie Schaffhausen abgeschlossenen Zusammenarbeitsvertrages die dort benötigten Medikamente liefert. Im Übrigen haben sich die erfolgten Neuerungen hinsichtlich der Generika sowie der öffentliche Apotheken-Verkaufsschalter weiter bewährt.

Dr. med. Friedrich Weigert
Leiter Departement Institute



Pflege Qualität – Aus Fehlern lernen

Hochwertige Leistungen zu erbringen, ist auch für die Pflege eine ständige Herausforderung und Motivation. Dabei sind die Pflegenden in vielerlei Hinsicht gefordert, da die «beste Leistung» immer auch von den Erwartungen des Gegenübers bestimmt wird. An der «besten Leistung» wurde auch im vergangenen Jahr wieder intensiv gearbeitet, wobei im Departement Pflege besonderes Augenmerk aufs Lernen aus Fehlern gelegt wurde.

CIRS «Aus Fehlern lernen»

Durch die anonyme Meldung von kritischen Zwischenfällen anhand des CIRS (Critical Incident Reporting System) ist es möglich, Schwächen und Fehler zu erkennen, Ursachen aufzudecken und Massnahmen einzuleiten, die weitere ähnliche Ereignisse verhindern. Nicht überraschend stellten wir schon nach wenigen Monaten fest, dass auch bei uns die Mehrheit von kritischen Ereignissen das Medikamenten-Management betrifft. Für die gezielte Datensammlung bezüglich möglicher Ursachen konnte eine Studentin der Fachhochschule St. Gallen gewonnen werden. In einem ersten Schritt wurden die Rüst- und Verordnungsfehler bei der oralen Medikation erhoben. Auf Grund der nun vorliegenden Datenanalyse wurden bereits erste Anpassungen vorgenommen. Weitere Verbesserungsmassnahmen werden im Verlaufe dieses Jahres zusammen mit den Pflegenden ausgearbeitet und implementiert.

Sozialdienst

2008 stand der Sozialdienst unter einem hohen Leistungsdruck. Die Fallzahlen waren im Steigen begriffen, und die Problemstellungen wurden – wie bereits im Jahresbericht 2007 festgehalten – zunehmend komplexer und aufwändiger. Seit April 2008 musste der Sozialdienst zudem die Leistungen ohne Leitung erbringen. Nebst dem Management der täglich anfallenden Aufgaben und Problemstellungen stand insbesondere ein Projekt im Vordergrund: das interne elektronische Anmeldeverfahren und die elektronische Falldokumentation. Zusammen mit der Medizininformatik und im Austausch mit allen Beteiligten wurde die Optimierung des Anmeldeprozesses in Angriff genommen. Neu kann der ärztliche Dienst dem Sozialdienst auf elektronischem Weg Patientinnen und Patienten anmelden und die benötigten Formulare ausfüllen. Als nächster Schritt soll auch der Pflegedienst die Möglichkeit bekommen, die Unterlagen digital zu bearbeiten. Eine Versuchsphase läuft bereits mit erfreulichen Ergebnissen.

Eine weitere Neuerung betrifft die schriftliche Fallführung. Der Sozialdienst hält täglich mit der Software PolyPoint DOC den aktuellen Stand im Fallverlauf fest. Der ärztliche Dienst und die Pflege haben so die Möglichkeit, den aktuellen Stand abzurufen.

Zentrale Aufgebotsstelle

Eine besondere Herausforderung war, während der Bauphase der neuen Operationssäle durch eine kluge und vorausschauende Planung einen möglichst störungsfreien Betrieb und hohe Bettenauslastung zu gewährleisten. Trotz dieser erschwerten Bedingungen gelang es fast immer, den verschiedenen Ansprüchen von Patienten und Operateuren mit guten Lösungen gerecht zu werden. Im Bereich der computergestützten Anmeldungen zeigen erste Resultate, dass hier eine grosse Arbeitsentlastung und verbesserte Qualität möglich sind.

Ausbildungen

Innerhalb der Pflege standen die neuen Ausbildungsbestimmungen der Höheren Fachschule Pflege (HF Pflege) im Vordergrund der interdisziplinären Zusammenarbeit. Während in den letzten Jahren hauptsächlich auf die Bedeutung der FaGe (Fachangestellten Gesundheit) fokussiert wurde, widmeten wir uns im vergangenen Jahr intensiv dem Lernbereich Training und Transfer (LTT, siehe Box). Dieser soll als Brücke zwischen Theorie und Praxis das aktuelle Wissen mit dem Pflegealltag verknüpfen.

Christoph Schaub
Leiter Departement Pflege

LTT (Lernbereich Training und Transfer) aus Sicht eines Studierenden

Im 2. Ausbildungsjahr findet während des Praktikums der LTT zur Pflegediagnose «Schmerz akut» statt. Gegenseitig erklären wir uns die verschiedenen Schmerzzustände, diskutieren anhand einer Fallsituation verschiedene pflegerische Interventionsmöglichkeiten und erforschen die verschiedenen Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit der patientenkontrollierten Analgesie (PCA). Dabei sind die Inputs einer Schmerzexperten von grossem Interesse. Wir lernen ihr Aufgabengebiet kennen und können von Praxisbeispielen profitieren. Sie bespricht mit uns das hausinterne Überwachungsschema für die PCA und klärt Unsicherheiten bez. der verschiedenen Katheter und Analgesieformen (Schmerzformen). Die Lehrperson fordert uns dazwischen immer wieder auf, Verknüpfungen zu anderen Pflegediagnosen, Theorien und natürlich dem Pflegeprozess zu machen. Sie ergänzt mit Beispielen aus der Onkologie und zeigt Parallelen und Unterschiede zur chronischen Schmerztherapie auf. Gemeinsam können wir an zwei verschiedenen Schmerzpumpen das Handling unter fachkundiger Anleitung üben. Wir sind alle froh, dass wir das Gerät in Ruhe und ohne Patient kennen lernen.

Psychiatrische Dienste

Strategische Optionen offengehalten

Das Jahr 2008 war für die Psychiatrischen Dienste gleich in zweifacher Hinsicht ein Jahr bedeutender Veränderungen. Zum einen gab es einen Chefarztwechsel: Ich übernahm am 1. Januar als achter Chefarzt in der 107-jährigen Geschichte des Psychiatriezentrums Breitenau die Leitung. Von Dr. med. Dieter Böhm, der als stellvertretender Chefarzt die Führung in den sechs Monaten seit dem Weggang von Dr. med. Gerhard Ebner innehatte, konnte ich einen gut funktionierenden und personell stabilen Betrieb übernehmen.

Zum anderen war das Jahr gekennzeichnet durch eine Vertiefung der Integration der Psychiatrischen Dienste, die neben dem Psychiatriezentrum Breitenau auch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst umfassen, in die Spitäler Schaffhausen. Die Verwaltung der Psychiatrischen Dienste wurde im vergangenen Jahr schrittweise in die beiden Departemente Finanzen und Betriebe der Spitäler Schaffhausen überführt. Die Psychiatrischen Dienste verloren damit ihre eigenständige Organisationsform und bilden nun ein Departement der Spitäler Schaffhausen. Der Chefarzt des Psychiatriezentrums und Leiter des Departements Psychiatrische Dienste ist neu Mitglied der Spitalleitung der Spitäler Schaffhausen. Der bisherige Verwaltungsleiter Hanspeter Güntert übernahm im Rahmen der Spitäler Schaffhausen die Leitung des Departements Betriebe.

Die Leitung der Psychiatrischen Dienste besteht neu aus folgenden Fachpersonen: Dr. med. Jörg Püschel, Chefarzt Psychiatriezentrum und Leiter der Akutpsychiatrie (Vorsitz), Dr. med. Christian Begemann, Chefarzt des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes, Dr. biol. hum. Bernd Lehle, Leiter Rehabilitation, Markus Schmidlin, Leiter der Langzeit- und Gerontopsychiatrie, sowie Dr. med. Dieter Böhm, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Der Spitalrat schob im Februar die Schaffung des Departements Langzeitpflege vorläufig auf, damit zuerst die Strategie der Psychiatrischen Dienste im Rahmen der Gesamtstrategie der Spitäler Schaffhausen festgelegt werden kann. Die Entwicklung der Strategie der Psychiatrischen Dienste startete im Spätherbst 2008 und wird im Laufe des Jahres 2009 festgelegt sein. Anschliessend kann über die zukünftige Organisation der Langzeitpflege in den Spitälern Schaffhausen entschieden werden.

Psychiatriezentrum Breitenau

Der Trend zur ambulanten Behandlung besteht auch in der Psychiatrie und zeigte sich im Psychiatriezentrum im Jahr 2008 besonders stark. Es geht darum, je nach Bedarf zwischen stationärer und ambulanter Behandlung wählen zu können – möglichst bei den gleichen Behandlungspersonen – und teilweise stationäre Behandlungen durch ambulante Behandlungen zu ersetzen. Die Zahl der ambulanten Patientinnen und Patienten stieg um 9 Prozent auf 1037, die der ärztlichen und psychologischen Konsultationen um 26 Prozent auf 13 771, die der pflegerischen Konsultationen um 7 Prozent auf 21 532. Die Beanspruchung stationärer Leistungen bewegte sich 2008 im Rahmen der langjährigen Erfahrungswerte. Die Auslastung der Betten schwankte erheblich im Laufe des Jahres mit einer sehr hohen Auslastung im ersten Trimester, die danach absank. Die durchschnittliche Bettenauslastung lag bei 93,8 Prozent. Diese Zahl spiegelt, dass das Psychiatriezentrum Breitenau im Gegensatz zu vielen psychiatrischen Institutionen der Schweiz nicht dauernd überbelegt ist, was ein Qualitätsmerkmal im Hinblick auf den Komfort und die Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie die Aufnahmebereitschaft für Notfälle darstellt.

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD)

Die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten stieg im Berichtsjahr von 485 auf 528. Zusammen mit der schon seit einigen Jahren zu beobachtenden Tendenz zu immer komplexeren Problemen der angemeldeten Patientinnen und Patienten führte dies vor allem gegen Ende des Jahres zu einer völligen Überlastung mit langen Wartezeiten. Die schon vor längerer Zeit in die Wege geleiteten Massnahmen zur Verbesserung der Kapazität durch Straffung interner Abläufe wurden fortgesetzt, können aber nicht den ständig steigenden Arbeitsanfall kompensieren, sodass eine Erhöhung der personellen Ressourcen notwendig wird.

Bei einem Vergleich über die letzten fünf Jahre fällt auf, dass der Anteil der Patientinnen sowohl relativ als auch absolut kontinuierlich gesunken, der Anteil der Patienten gestiegen ist: 2004 waren 42 Prozent (200) Mädchen und Frauen, 2008 noch 31 Prozent (168). Ein möglicher Grund liegt in der deutlichen Zunahme von Anmeldungen wegen Hyperaktivität und Konzentrationsstörungen (ADHD), die bei

Knaben viel häufiger vorkommen. Da eine die Umgebung störende Symptomatik eher zu einer Anmeldung führt, wird es in Zukunft wichtig sein, auf die Bedeutung von depressiven Störungen, die bei Mädchen häufiger und weniger auffällig sind, aufmerksam zu machen.

Im Berichtsjahr wurde neu eine Gruppe für Eltern mit hyperaktiven Kindern angeboten, die auf gute Resonanz gestossen ist. Ziel dieser Gruppe ist es, die Eltern in der schwierigen Erziehung ihrer impulsiven Kinder zu unterstützen und besonders auch die oft belastete Eltern-Kind-Beziehung zu verbessern. Die bisherigen Erfahrungen waren durchaus positiv, weshalb das Angebot weitergeführt wird.

Die Therapiegruppe für übergewichtige Kinder (Adipositasprogramm SHAKE) konnte leider nicht durchgeführt werden, da sich zu wenige Interessierte anmeldeten.

Meilensteine

Im Januar erhielten die Psychiatrischen Dienste die EFQM-Anerkennung Committed to Excellence der European Foundation for Quality Management für ihre Bestrebungen im Qualitätsmanagement.

Im Januar startete das Projekt Kinder psychisch kranker Eltern, eine Zusammenarbeit zwischen Psychiatriezentrum und KJPD. Es geht dabei darum, Kinder, die von der psychischen Krankheit eines Elternteils oft stark betroffenen sind, frühzeitig zu erkennen und fachlich zu unterstützen.

Im Februar traf sich der neue Departementsleiter mit dem obersten Kader zu einer Klausur, um die neue Organisation der Psychiatrischen Dienste und die Jahresziele festzulegen.

Im August erschien die erste Nummer von «INNENLEBEN», eine zweimonatliche Information für die Mitarbeitenden des Departements Psychiatrische Dienste. Sie ersetzt das bisherige «Informa» und ergänzt das Magazin der Spitäler Schaffhausen für ihre Mitarbeitenden.

Im Oktober zeigte die dritte Befragung zur Patientenzufriedenheit insgesamt eine hohe Zufriedenheit. «Klassenbester» war das Psychiatriezentrum bei der Vorbereitung auf den Austritt. Bei der Aufklärung der Patientinnen und Patienten über Wirkungen und

Nebenwirkungen von Medikamenten will sich das Psychiatriezentrum bis zur nächsten Befragung deutlich verbessern.

Im November wird Ohr-Akupunktur neu auch in der stationären Behandlung von Entzugssymptomen eingesetzt, nachdem sich diese Methode im Sozialpsychiatrischen Dienst bewährt hatte. Zwei Pflegefachfrauen machten dazu eine Ausbildung.

Die heroingestützte Behandlung HeGeBe an der Hochstrasse in Schaffhausen wird mit allen ihren Mitarbeitenden ab 2009 zum Bereich Sozialpsychiatrie gehören. Die Integration wurde vorbereitet, die Leistungen werden aber weiterhin am alten Standort angeboten.

Dr. med. Jörg Püschel

Leiter Departement Psychiatrische Dienste

Psychiatrische Dienste, Geronto- und Langzeitpsychiatrie Kontinuierlicher Ausbau der Teamarbeit

Das Jahr 2008 war gekennzeichnet durch eine hohe Bettenauslastung auf allen vier Abteilungen des Fachbereichs Geronto- und Langzeitpsychiatrie. Die insgesamt 71 Betten waren durchschnittlich zu 96 Prozent belegt, was im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung um 1,3 Prozent bedeutet.

Die Fluktuationsrate beim Pflegepersonal war mit fünf Mitarbeitenden bei einem Stellenplan von insgesamt 45,5 erfreulich tief. Die niedrige Personalbewegung hat einen kontinuierlichen Ausbau der Teamarbeit innerhalb der Abteilungen ermöglicht, was sich auch auf die Qualität der Pflege der Patientinnen und Patienten positiv ausgewirkt hat.

Optimierung der Pflegeabläufe

Zur Optimierung der Patientensicherheit wurden diverse Abläufe systematisiert. Beispielsweise wurde die Dokumentation von bewegungseinschränkenden Massnahmen zur Sturzprävention überarbeitet und ein Instrument für die Schmerzeinschätzung bei Patienten mit fehlender oder inadäquater Kommunikation eingeführt. Hiermit konnten wesentliche Verbesserungen für die Patienten erzielt und dem Pflegefachpersonal zweckmässige Arbeitsinstrumente zur Verfügung gestellt werden.

Neben unseren Bestrebungen, den Patientinnen und Patienten eine professionelle Pflege und Betreuung anzubieten, kommt in unserem Bereich auch der interdisziplinären Zusammenarbeit eine ganz besondere Bedeutung zu. So stellen neben dem Kerngeschäft der Pflege die psychiatrische und medizinische Behandlung durch Fachärzte einen wesentlichen Faktor dar. Das Konzept der ärztlichen Supportleistungen hat sich gut bewährt und wurde im Berichtsjahr erneut durch verschiedene Anpassungen optimiert.

Für unsere Patientinnen und Patienten nimmt neben anderen aktivierenden Pflegemethoden die Freizeitgestaltung nach wie vor einen wichtigen Platz im Alltag ein. Einkäufe in der Stadt, Ausflüge, Kino- und Theaterbesuche und – in einem besonders intensiven Ausmass – mehrtägige Ferienaufenthalte knüpfen an die Welt ausserhalb der Institution an und bieten den Patientinnen und Patienten die Gelegenheit, soziale Fähigkeiten zu erproben und anzuwenden.

*Markus Schmidlin
Leiter Geronto- und Langzeitpsychiatrie*

Langzeitpflege Den sich ändernden Bedürfnissen angepasst

Die wohl einschneidendsten Ereignisse im vergangenen Jahr waren der personelle Wechsel vom langjährigen Chefarzt Dr. Kurt Müller zum neuen leitenden Arzt Geriatrie Dr. Jan Kuchynka im Frühjahr und der gleichzeitige Umzug der bisherigen Abteilung für geriatrisch-neurologische Rehabilitation vom Pflegezentrum ins Hauptgebäude des Kantonsspitals.

Seit diesem Zeitpunkt werden sowohl der ärztliche Dienst als auch die Dienste der Physio- und Ergotherapie ambulant aus dem Kantonsspital bezogen. Die entsprechenden Fachpersonen kommen nur noch bei Bedarf ins Haus. Diese anspruchsvolle organisatorische Veränderung wurde während des laufenden Betriebes vorbereitet und dank dem engagierten Einsatz, der Professionalität und dem Mitdenken aller Berufsgruppen ohne grössere Probleme vollzogen. Die organisatorischen Anpassungen werden bis heute in einem gemeinsamen, kommunikativen Prozess weiterentwickelt und laufend optimiert. Das Angebot für Langzeit- und Übergangspflege konnte auf dem hohen Niveau gehalten werden, wurde aber auch im laufenden Jahr den sich stets ändernden Bedürfnissen angepasst.

Gut betreute Patientinnen und Patienten sowie zufriedene Angehörige und Zuweiser sind das erfreuliche Resultat dieser Anstrengungen.

Steigende Nachfrage

Eine um über 20 Prozent höhere Eintrittsrate und dadurch kürzere durchschnittliche Aufenthaltszeiten belegen die weiterhin starke Nachfrage. Diese Entwicklung ist vor allem im Bereich der Übergangs- oder Überbrückungspatienten zu beobachten. Die generelle Arbeitsbelastung ist dadurch wesentlich gestiegen. Ein Grossteil dieser Patienten kann nach dem Aufenthalt im Pflegezentrum wieder nach Hause entlassen werden.

Projekte

Unfallbedingte Stürze sind bei geriatrischen Patienten leider ein ernstes Ereignis und im Rahmen eines Spitalaufenthaltes eine oft schwere Komplikation für die Betroffenen. Ein Projekt zum Thema Sturzprophylaxe unserer Abteilung trägt hoffentlich in Zukunft wesentlich dazu bei, mögliche Sturzgefahren frühzeitig anamnestisch zu erkennen und durch geeignete Prophylaxemassnahmen zu verhindern.

In einem weiteren Projekt wurden die Aktivierungstherapeutinnen direkt in die Stationen integriert. Sie bieten nun ihre wertvollen Dienste in enger Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal an. Im Weiteren warten alle auf die dringend notwendigen Sanierungsarbeiten im Pflegezentrum. Der Kanton gab Ende 2008 grünes Licht, mit den Arbeiten im laufenden Jahr starten zu können.

*Paul Herzog
Leiter Langzeitpflege, Pflegezentrum*

Betriebe

Neue Strukturen als Herausforderung

Mit der Umsetzung der 2007 beschlossenen departementalen Struktur der Spitäler Schaffhausen wurden aus den bisherigen Verwaltungen des Kantonsspitals Schaffhausen Akutmedizin/Pflegezentrum und der Psychiatrischen Dienste per 1. Januar 2008 das Departement Betriebe und das Departement Finanzen gebildet und operativ tätig.

Neues Departement Betriebe

Im neuen Departement Betriebe werden mit 52 Mitarbeitenden der Psychiatrischen Dienste und 126 Mitarbeitenden des Kantonsspitals unter gemeinsamer Führung Dienstleistungen für sämtliche Spitäler Schaffhausen erbracht. Das Departement vereinigt die Bereiche Personaldienst, Technik und Logistik inklusive Sicherheit und Hotellerie. Mit diesen neuen Strukturen konnte, unter anderem durch vereinheitlichte Abläufe, optimierte Nutzung der Infrastruktur, koordinierten Einkauf, Wissenstransfer und gemeinsame Projekte, Synergiepotenzial genutzt werden. Alle Veränderungen haben von den Mitarbeitenden viel Flexibilität und Einsatz abverlangt. Während des ganzen Zusammenführungsprozesses konnten die erforderlichen Dienstleistungen jedoch in bewährter Qualität und ohne nennenswerte Störungen erbracht werden. Nach einem Jahr sind die wesentlichen Integrationsarbeiten im Departement Betriebe vollzogen. 2009 gilt es nun, die Prozesse und die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Departementen weiter zu optimieren.

Hotellerie

Das Wohl der Patientinnen und Patienten steht im Zentrum aller Dienstleistungen der Hotellerie. Die vielfältigen Aufgaben beinhalten Reinigung, Wäscherversorgung sowie die Verpflegung von Patienten, Besuchern und Mitarbeitenden. Durch die Zusammenlegung der Dienstleistungen der drei Standorte (Kantonsspital, Pflegezentrum, Psychiatriezentrum) wurden viele Teams neu organisiert. Dabei hatten alle Mitarbeitenden einige Höhen und Tiefen zu überwinden, denn es gab andere Vorgesetzte und neue Dienstwege.

Ende Mai bezogen einige Bewohner des Künzle-Heims, bedingt durch Sanierungsarbeiten, den 7. Stock im Trakt B des Kantonsspitals. Seither dürfen wir eine den Heimbewohnern angepasste Verpflegung liefern. Aufgrund der Verlagerung von Patienten und Mitarbeitenden ins Kantonsspital reduzierten wir die Öffnungszeiten am Wochenende in der Cafeteria Pflegezentrum.

Eine weitere Herausforderung waren Grossveranstaltungen, die an den verschiedenen Standorten durchgeführt wurden. Themen, die uns 2009 beschäftigen werden, sind: qualitätssteigernde und sichernde Massnahmen in Verpflegung und Hauswirtschaft sowie die Definition von Standards für Hotellerieleistungen insbesondere für Privatversicherte.

Technik und Logistik, Sicherheit

Neben der Begleitung diverser Baustellen, Unterhaltarbeiten und Beschaffungen wurden in diesem Jahr die Technischen Dienste der Psychiatrischen Dienste und des Kantonsspitals zusammengeführt. Die Integration hatte auch personelle Konsequenzen: Verschiedene Mitarbeiter mussten ihren Arbeitsplatz wechseln. Der Umwelt zuliebe bekam diesen Sommer die zehn Jahre alte Holzschneitzelheizung auf der Breite einen Feinstaubfilter eingebaut.

Die Logistik beschäftigte sich intensiv mit der Zusammenlegung der Lager aller Häuser, dem damit verbundenen zusätzlichen Transportaufwand und dem gemeinsamen Einkauf. Die Zusammenführung wird erst mit der Integration der internen Bestell- und Verrechnungssysteme im Jahr 2009 ihren Abschluss finden. Bedingt durch die Schliessung der Poststelle 8208 Kantonsspital durch die Schweizerische Post, wurden viele zusätzliche Aufgaben an die Logistik übertragen.

Seit 2001 sind die Spitäler Schaffhausen Mitglied der Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz vom Spitalverband H+. Im November 2008 fand im Auftrag der EKAS (Eidg. Koordinationsstelle für Arbeitssicherheit) ein externes Audit statt, bei dem wir die Note 5 (gut) erreichten. Im August 2008 haben wir das Beschwerdemanagement neu organisiert und über eine Stelle kanalisiert. Diese Stelle nimmt Beschwerden entgegen, bestätigt diese und klärt sie mit den involvierten Bereichen ab.

Personaldienst und Kinderkrippe

Aus Sicht des Personaldienstes war die Zunahme der Fluktuationsrate von 13,4 auf 16,2 Prozent augenfällig, ausserdem war eine Zunahme der Absenzen (durch Krankheit und Unfall) von 5571 auf 6216 Tage zu verzeichnen. 183 Eintritten stehen 179 Austritte (ohne Auszubildende) gegenüber. Im vergangenen Jahr wurden 12 Mitarbeitende pensioniert. Die neue Führungsorganisation wurde bereits Anfang 2008

umgesetzt. Somit waren die Voraussetzungen geschaffen, alle personaldienstlichen Prozesse zu vereinheitlichen. Eine Aufgabe, die uns auch 2009 noch fordern wird. Ende 2008 wurden sämtliche Personal-daten in ein Personaladministrationssystem integriert, was die künftige Arbeit vereinfachen wird.

Nebst den ordentlichen Personalanlässen fand im September 2008 erstmals ein gemeinsames Fest der Spitäler unter dem Motto «Gemeinsam in die Zukunft – Ich bi debii» statt. Ein gelungener Anlass, an dem Mitarbeitende aller Standorte Kontakte knüpfen konnten – auch das ein Beitrag zur Zusammenführung.

Das Angebot der Kinderbetreuung wird nach wie vor geschätzt und rege benutzt. Der Rückgang von 4433 auf 3860 Betreuungstage ist darauf zurückzuführen, dass viele Eltern ihre Kinder maximal zwei bis drei Tage pro Woche in die Krippe bringen.

Hanspeter Güntert
Leiter Departement Betriebe





Finanzen

Kontinuität gewahrt

Das Jahr 2008 darf aus betriebswirtschaftlicher Sicht der Spitäler Schaffhausen als Erfolg gewertet werden. Auf Grund eines sorgfältigen Kostenmanagements konnte ein Betriebsgewinn realisiert und den Reserven zugewiesen werden. Aus der Jahresrechnung resultiert ein Ertragsüberschuss von 3,5 Millionen Franken; das Betriebsergebnis vor ausserordentlichem Erfolg beträgt 4,9 Millionen Franken. Dieses Resultat ist geprägt von den konsequenten Bestrebungen, die Kostenentwicklung – trotz Teuerung – in Grenzen zu halten. Die Zunahme der Erträge von Dritten und des Erlöses aus der Behandlung von ambulanten Patienten haben das Ergebnis positiv beeinflusst.

Verlagerungen im stationären Bereich

Im Akutspital konnte das hohe Niveau der Fallzahlen nicht ganz gehalten werden. Bei einem Rückgang der Austritte (-4 Prozent) blieb die Zahl der geleisteten Pflage tage in der Akutsomatik beinahe konstant. Zwischen den einzelnen Bereichen gab es Verschiebungen: Die Chirurgie, die Innere Medizin und die Urologie haben an Terrain eingebüsst, während die Gynäkologie/Geburtshilfe und die Orthopädie zulegten. In allen anderen Leistungsbe- reichen wie Langzeitpflege, Akutpsychiatrie und Langzeitpsychiatrie entsprachen die Zahlen dem Vorjahr. Durch die leichte Verlagerung der Behandlungen stieg der durchschnittliche Schweregrad um 2 Prozent und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer um 4 Prozent.

Die geriatrische Rehabilitation konnte nach einem Rückgang im Vorjahr deutlich zulegen (+ 11 Prozent), während die muskuloskeletale Rehabilitation der Rheumatologie das Vorjahresniveau halten konnte. Es wurden insgesamt 7400 Pflage tage (Vorjahr: 6802) geleistet.

In der geriatrischen Langzeitabteilung hielt der seit Jahren feststellbare Trend zunehmender Patienteneintritte im Bereich der Übergangs- und Überbrückungspflege an, während der Anteil der Patienten mit Betreuungszeiten von mehreren Monaten oder gar Jahren weiter zurückging. Die Zahl der verrechneten Pflage tage fiel um rund 6 Prozent auf 21 547 Tage. Der Anteil der Besa-IV-Patienten (hohe Pflegebedarfs-Einstufung) reduzierte sich erneut deutlich, während der nicht verrechenbare Zusatzaufwand im Zusammenhang mit den vielen Ein- und Austritten weiter anstieg.

Ambulanter Ertrag

Die Erlöse aus der ambulanten Leistungserbringung (inklusive Tageskliniken) nahmen um rund 700 000 Franken zu, was einem gesamtschweizerischen Trend entspricht. Der Zuwachs um 2,5 Prozent verteilt sich auf alle Positionen.

Ausserordentlicher Erfolg

Der ausserordentliche Erfolg von -1,37 Millionen Franken ergab sich aus der Auflösung von Investitionsüberträgen aus den Vorjahren, der Anpassung von Rückstellung aus ausstehenden Ferientagen und Überzeiten der Mitarbeitenden sowie aus Rückstellungen für begonnene Projekte.

Aufwand

Der Personalaufwand stieg um 0,7 Prozent an, davon ist beinahe die Hälfte in höheren Abgaben bei den Sozialleistungen begründet. Die Lohnkostenentwicklung bzw. -erhöhung gemäss Spital- und Personalgesetz von 2,8 Prozent konnte damit mehr als kompensiert werden.

Die Zahl der Stellen blieb per saldo weitgehend stabil. Eingeleitete Stellenreduktionen wurden auf Grund akuten Bedarfs in anderen Bereichen wieder kompensiert. Die Begrenzung des Lohnkostenzuwachses deutlich unter der Teuerung konnte im Wesentlichen aufgrund von Fluktuationsgewinnen bei Stellenwechseln erreicht werden.

Der Sachaufwand der Spitäler Schaffhausen stieg um rund 1 Million Franken. Diese Zunahme verteilt sich zu je einem Drittel auf höhere Energiekosten, Unterhalt/Reparaturen und medizinischen Bedarf. Das Investitionsvolumen betrug 5,4 Millionen Franken und liegt mehr als 10 Prozent unter den Zahlen des Vorjahres. Grund für den Rückgang sind Verzögerungen bei den grösseren Investitionsvorhaben Sanierung OPS und Gebärsäle.

Benchmark und Effizienzsteigerung

Der Spitalrat hat im Frühjahr die Vorgabe formuliert, die mittleren Fallkosten der Akutsomatik näher an den Durchschnitt der Zürcher Akutspitäler heranzuführen. Nachdem sich aber auch die Zürcher Spitäler engagiert um Effizienzsteigerungen bemühen, konnte 2008 nur ein kleiner Teil des Rückstandes aufgeholt werden. Somit sind noch weiterhin grosse Anstrengungen nötig, um das gesetzte Ziel zu erreichen. Dank den vor drei Jahren eingeführten

Massnahmen (LOB-Budgetierung) ist man aber auf dem richtigen Weg.

Der Verein «SpitalBenchmark» bietet eine repräsentative Plattform für den fairen Effizienzvergleich von rund 40 Spitälern in der Schweiz. Die Streuung ist beträchtlich, auch unter Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Rahmenbedingungen.

Investitionen

Schwerpunktmässig investierten die Spitäler Schaffhausen im Jahr 2008 in die Sanierung der Operationssäle mit einer Erneuerung der technischen Einrichtungen wie Monitoring und in radiologische Grossgeräte. Im Bereich Bau standen mehrere Renovationen und der Ausbau des Brandschutzes an. In der Informatik bildeten der Hardware-Ersatz und -Ausbau sowie der Netzwerkausbau das Schwergewicht.

Werner Hugelshofer
Leiter Departement Finanzen

Bilanz der Spitäler Schaffhausen per 31.12.2008

Aktiven (in CHF)	per 31.12.2007	per 31.12.2008
Umlaufvermögen		
Liquide Mittel ¹⁾	3 566 307	5 001 739
Forderungen ²⁾	17 113 028	18 271 656
Vorräte ³⁾	2 598 651	666 641
Aktive Rechnungsabgrenzung	158 209	1 985 609
Total Umlaufvermögen	23 436 195	25 925 645
Anlagevermögen		
Beteiligung an MRS AG	0	2 187 500
Mobile Sachanlagen	14 643 086	14 685 222
Immobilie Sachanlagen	7 952 329	8 209 588
Total Anlagevermögen	22 595 414	25 082 310
Total Aktiven	46 031 610	51 007 955
Passiven (in CHF)		
Fremdkapital		
Kreditoren	3 030 928	6 324 792
Honorarverbindlichkeiten	1 495 006	1 809 596
Übrige Verbindlichkeiten	-446 553	1 831 548
Transitorische Passiven	2 861 124	1 497 540
Kto Krt Finanzverwaltung des Kantons	-2 437 864	-4 041 504
Kto Krt Konti und Durchlaufkonti	382 485	835 332
Rückstellungen	8 169 820	9 981 725
Total Fremdkapital	13 054 947	18 239 029
Eigenkapital		
Dotationskapital	25 000 000	25 000 000
Reserven	0	4 279 109
Total Eigenkapital	25 000 000	29 279 109
Fondskapital		
Fonds ¹⁷⁾	3 697 555	0
Total Fondskapital	3 697 555	0
Ergebnis	4 279 109	3 489 817
Total Passiven	46 031 610	51 007 955

¹⁾ ²⁾ ³⁾ ¹⁷⁾ Werte 2007 inkl. Fonds (2008 separater Ausweis)

Erfolgsrechnungen nach H+*

Bezeichnung	Kantonsspital 2008 (in CHF)	Psychiatrie 2008 (in CHF)	Total 2008 (in CHF)
Ärzte und and. Akademiker	13 588 329	3 586 506	17 174 835
Pflegepersonal	26 301 848	8 491 168	34 793 016
Personal andere medizinische Fachbereiche	17 033 421	1 015 273	18 048 694
Verwaltung	3 921 677	855 956	4 777 633
Ökonomie und Technik	7 570 208	3 208 740	10 778 948
Zulagen	623 610	–	623 610
Sozialleistungen	13 348 550	3 309 890	16 658 440
Honorare	8 502 064	360 409	8 862 473
Personalnebenaufwand	1 146 516	270 958	1 417 474
Personalaufwand	92 036 223	21 098 900	113 135 123
Medizinischer Aufwand	14 966 409	1 490 220	16 456 629
Lebensmittelaufwand	1 956 618	850 277	2 806 895
Haushaltaufwand	3 152 711	264 184	3 416 895
Unterhalt/Reparaturen	3 589 284	529 298	4 118 582
Anlagenutzung ¹⁾	13 403 928	2 759 744	16 163 672
Energieaufwand	2 317 610	417 799	2 735 409
Kapitalzinsaufwand	43	–	43
Büro- und Verwaltungsaufwand	1 611 432	269 469	1 880 901
Übriger Betriebsaufwand	2 250 787	263 500	2 514 287
Sachaufwand	43 248 822	6 844 491	50 093 313
Total Aufwand	135 285 045	27 943 391	163 228 436
Erlös stationär	54 573 907	10 277 745	64 851 652
Honorare ambulant	6 498 543	329 620	6 828 163
Nebenleistungen ambulant	7 930 397	2 714 315	10 644 712
Medizintechnische Leistungen ambulant	10 102 396	–	10 102 396
Erlös ambulant inkl. Tagesklinik	24 531 336	3 043 935	27 575 271
Verschiedene Erlöse von Patienten	1 914 351	136'535	2 050 886
Miet- und Kapitalzinsertrag	96 688	53'353	150 041
Verschiedene Erlöse Personal/Dritte	6 557 527	1'057'379	7 614 906
Beiträge und Subventionen	285 877	–	285 877
Staatsbeitrag	50 448 564	15 110 445	65 559 009
Übrige Erlöse	59 303 007	16 357 712	75 660 719
Total Ertrag	138 408 250	29 679 392	168 087 642
a.o. Erfolg (+ = Ertrag)	- 1 369 389	–	- 1 369 389
Rechnungsergebnis	1 753 816	1 736 001	3 489 817

* Verband Die Spitäler der Schweiz

¹⁾ = inkl. Nutzungsgebühr, Abschreibungen und Investitionen unter Fr. 3000.–

Geldflussrechnung der Spitäler Schaffhausen

	per 31.12.2007	per 31.12.2008
Unternehmensgewinn	4 279 108	3 489 817
Abschreibung mobile Sachanlagen	4 381 703	4 431 841
Abschreibungen Feste Einrichtungen, Installationen	854 616	874 933
Geldfluss aus betrieblicher Tätigkeit vor Veränderung NUV	9 515 427	8 796 591
Veränderung Forderungen Lieferungen und Leistungen	- 887 877	1 893 560
Veränderung andere kurzfristige Forderungen	1 189 882	- 734 932
Veränderung Vorräte	- 411 302	- 1 932 010
Veränderung aktive Rechnungsabgrenzung	983 479	- 1 827 400
Veränderung Verbindlichkeiten Lieferungen und Leistungen	- 4 608 034	3 293 865
Veränderung Verbindlichkeiten Honorare	- 135 511	314 589
Veränderung andere kurzfristige Verbindlichkeiten	- 648 471	2 278 101
Veränderung passive Rechnungsabgrenzung	1 476 588	- 1 363 583
Veränderung KK und Durchlaufkonti	96 349	452 847
Veränderung Rückstellungen	1 494 600	1 811 905
Geldfluss aus betrieblicher Tätigkeit	8 065 129	12 983 533
Nettoinvestitionen in mobile Sachanlagen	- 5 013 611	- 4 824 855
Nettoinvestitionen in Feste Einrichtungen, Installationen	- 1 188 584	- 781 319
Geldfluss aus Investitionstätigkeit	- 6 202 195	- 5 606 174
Finanzierungsvorgänge	2 000 000	- 2 187 500
Nettoaussgabe (unselbständige) Fonds = in separater Mandant	- 119 334	- 2 140 691
Geldfluss aus Finanzierungstätigkeit	1 880 666	- 4 328 191
Cash Flow	3 743 601	3 049 168
Flüssige Mittel Anfangsbestand 1.1.2008	2 250 474	5 994 075
Flüssige Mittel Endbestand 31.12.2008	5 994 075	9 043 243
Veränderung Fonds flüssige Mittel	3 743 601	3 049 168

Fonds flüssige Mittel = Kasse, Post, Bank, KK-Finanzverwaltung
Cash Flow = Geldfluss

Ausweis der Fonds der Spitäler Schaffhausen per 31.12.2008

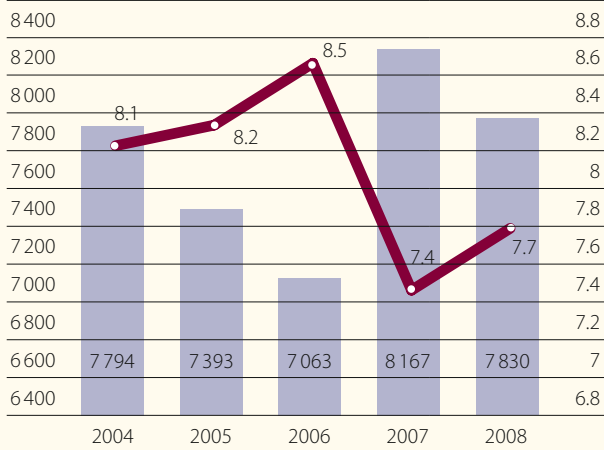
	Bestand 1.1.2008	Entnahmen	Finanz-Ergebnisse	Bestand 31.12.2008
Freibettenfonds	1 597 033.95	1 007.50	- 410 292.72	1 185 733.73
Fonds für bedürftige Krebskranke	31 997.42	5 011.50	- 6 937.31	20 048.61
Kantonsspital Fonds	311 731.23		- 72 237.80	239 493.43
Erna Steinegger Fonds (Pflegezentrum)	32 672.96		- 8 399.28	24 273.68
Breitenau-Fonds	215 770.10	10 081.30	3 385.65	209 074.45
Fonds der Kinderbeobachtungsstation Neubrunn	48 770.55		759.85	49 530.40
Hermann Uehlinger-Fonds (Psychiatriezentrum)	1 459 578.50	9 267.80	40 941.15	1 491 251.85
Total aller Fonds	3 697 554.71	25 368.10	- 452 780.46	3 219 406.15

Leistungen stationär

Leistungen stationär Gesamtüberblick	Kantonsspital		Psychiatrie		Spitäler Schaffhausen	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Patientenaustritte	9 324	9 109	496	546	9 820	9 655
davon Allgemeinversicherte (%)	78%	79%	96%	94%	79%	80%
davon Zusatzversicherte (%)	22%	21%	4%	6%	21%	20%
Patientenaustritte nach Herkunft	9 324	9 109	496	546	9 820	9 655
davon Kantonseinwohner	7 706	7 544	453	501	8 159	8 045
davon Ausserkantonal	1 475	1 423	29	36	1 504	1 459
davon Ausland	143	142	14	9	157	151
Pflegetage	93 320	92 727	45 117	44 997	138 437	137 724
Ø Verweildauer (ohne Langzeit- und Gerontopsychiatrie)	7.4	7.7	42.60	44.00	14.10	14.30
Geburten	635	653	–	–	635	717

Leistungen stationär nach Abteilungen	2007	2008
Patientenaustritte	9 820	9 655
Innere Medizin	2 862	2 714
Rheumatologie/muskuloskelettale Rehabilitation	362	367
Chirurgie (inkl. Augen, Pädiatrie)	2 689	2 439
Orthopädie/Traumatologie	518	550
Geburtshilfe/Gynäkologie	2 013	2 172
Urologie	340	286
HNO/ORL	98	81
Geriatric- und Neurorehabilitation	176	178
Langzeitpflege	266	322
Akut- und Rehabilitationspsychiatrie	483	532
Langzeit- und Gerontopsychiatrie	13	14
Pflegetage	138 437	137 724
Innere Medizin	23 059	21 713
Rheumatologie/muskuloskelettale Rehabilitation	6 232	6 527
Chirurgie (inkl. Augen, Pädiatrie)	17 142	16 138
Orthopädie/Traumatologie	5 212	6 119
Geburtshilfe/Gynäkologie	11 994	13 564
Urologie	1 806	1 693
HNO/ORL	292	218
Geriatric- und Neurorehabilitation	4 678	5 208
Langzeitpflege	22 905	21 547
Akut- und Rehabilitationspsychiatrie	23 619	23 412
Langzeit- und Gerontopsychiatrie	21 498	21 585

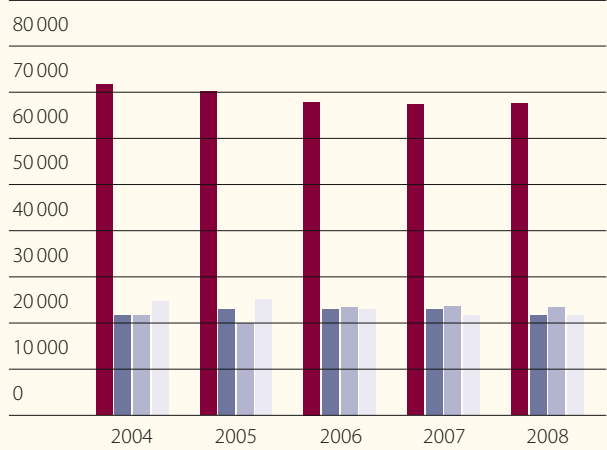
Fallzahlen/Aufenthaltsdauer somatisch (ohne gesunde Säuglinge)



— mittlere Aufenthaltsdauer
 ■ stationäre Patienten

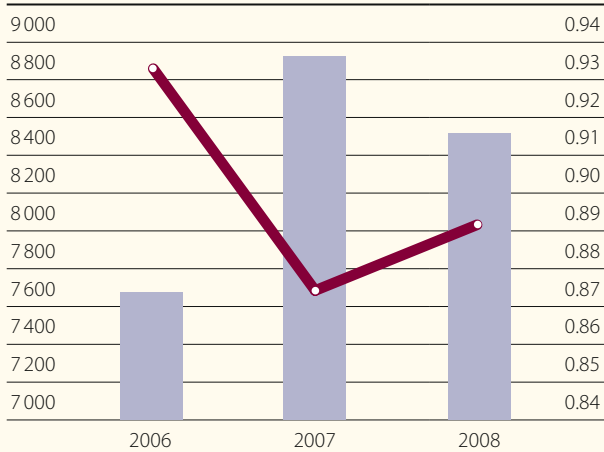
vor 2007: alt-rechtliche Definition «stationär» (Aufenthalt bis 24 Stunden = ambulant)

Pflegetage Spitäler Schaffhausen (Entwicklung 2004 bis 2008)



■ Akutsomatik und Rehabilitation
 ■ Langzeitpflege Geriatrie
 ■ Akutpsychiatrie
 ■ Langzeitpflege Psychiatrie
 (Pflegetage ohne gesunde Säuglinge)

Anzahl codierte Fälle/Case-Mix-Index (Version 5.1 AP-DRG)



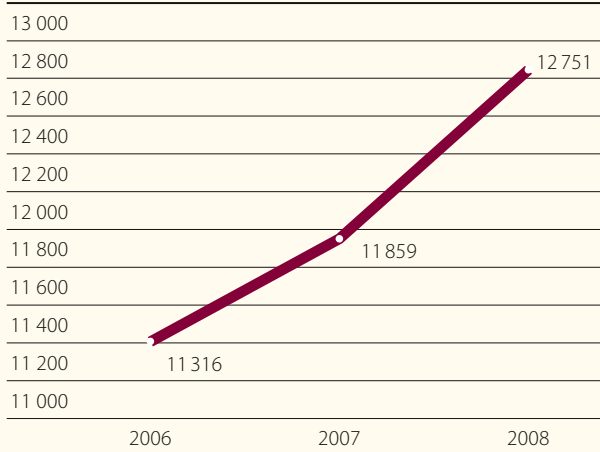
— Case-Mix-Index (Version 5.1 AP-DRG)
 ■ Anzahl codierte Fälle

vor 2007: alt-rechtliche Definition «stationär» (Aufenthalt bis 24 Stunden = ambulant)
 codierte Fälle (inkl. Säuglinge)

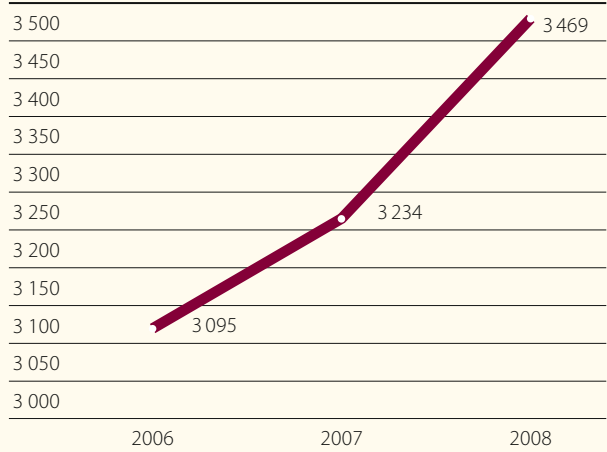
Leistungen ambulant/teilstationär

	Spitäler Schaffhausen	
Leistungen ambulant/teilstationär nach Abteilungen	2007	2008
Behandlungsfälle	44 962	47 424
Innere Medizin	6 657	6 990
Rheumatologie/muskuloskelettale Rehabilitation	670	673
Chirurgie (inkl. Pädiatrie)	8 752	8 994
Orthopädie/Traumatologie	2 447	2 500
Geburtshilfe/Gynäkologie	8 424	9 301
Urologie	1 177	1 018
HNO/ORL	164	137
Geriatric- und Neurorehabilitation	459	432
Radiologie	9 194	9 640
Labor	942	1 526
Therapien	3 626	3 844
Diverse	1 011	753
Psychiatriezentrums Breitenau	954	1 064
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	485	552
Verrechenbare Taxpunkte	23 198 199	24 706 877
Innere Medizin	3 764 864	3 902 973
Rheumatologie/muskuloskelettale Rehabilitation	689 365	682 892
Chirurgie (inkl. Pädiatrie)	4 694 366	4 743 305
Orthopädie/Traumatologie	1 140 864	1 199 292
Geburtshilfe/Gynäkologie	4 277 301	5 041 699
Urologie	821 186	463 563
HNO/ORL	304 697	273 543
Geriatric- und Neurorehabilitation	151 203	141 753
Radiologie	2 798 598	3 456 143
Labor	327 736	370 375
Therapien	1 839 099	1 811 144
Diverse	285 808	253 455
Psychiatriezentrums Breitenau	1 169 767	1 304 407
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	933 345	1 062 333

Notfalleintritte Akutsomatik 2006–2008



Rettungsdienst 2006–2008

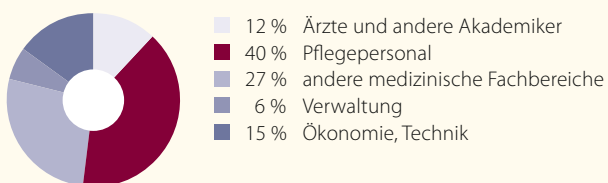


Personalstatistik nach Berufsgruppen

Stellen per 31.12.	Spitäler Schaffhausen		
	2006	2007	2008 ¹⁾
Total Anzahl Stellen (exkl. Auszubildende)	912.7	897.2	890.8
Ärzte und andere Akademiker	131.4	131.0	110.3
Pflegepersonal	361.1	352.4	350.0
Andere medizinische Fachbereiche	223.7	220.3	239.8
Verwaltung	49.0	47.2	57.3
Ökonomie, Technik	147.5	146.3	133.4
Anzahl Auszubildende (bis 2006 inkl. Schulen)	223	104	100

¹⁾ Neugruppierung der Berufsgruppen nach Vorgabe des Branchenverbandes H+

Berufsgruppen Anteile 2008





Finanzkontrolle
von Kanton und Stadt
Schaffhausen
Mühlentalstrasse 105
CH-8200 Schaffhausen
www.sh.ch



Telefon 052 632 75 01
Fax 052 632 53 52
ralph.kolb@ktsh.ch

Schaffhausen, 27. April 2009

Bericht der Revisionsstelle an den Spitalrat der Spitäler Schaffhausen

Als Revisionsstelle haben wir die Buchführung und die Jahresrechnung (Bilanz, Erfolgsrechnung), abgeschlossen per 31.12.2008, der Spitäler Schaffhausen geprüft (im Geschäftsbericht 2008 publiziert auf den Seiten 44 und 45).

Verantwortung des Spitalrates

Der Spitalrat ist für die Aufstellung der Jahresrechnung in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorschriften verantwortlich. Darüber hinaus ist der Spitalrat für die Auswahl und die Anwendung sachgemässer Rechnungslegungsmethoden sowie die Vornahme angemessener Schätzungen verantwortlich. Gemäss dem Spitalgesetz verabschiedet der Spitalrat die Jahresrechnung zuhanden des Kantonsrates.

Verantwortung der Revisionsstelle

Unsere Verantwortung ist es, aufgrund unserer Prüfung ein Prüfungsurteil über die Jahresrechnung abzugeben. Wir haben unsere Prüfung in Übereinstimmung mit dem schweizerischen Gesetz und den Schweizer Prüfungsstandards vorgenommen. Nach diesen Standards haben wir die Prüfung so zu planen und durchzuführen, dass wir hinreichende Sicherheit gewinnen, ob die Jahresrechnung frei von wesentlichen falschen Angaben ist.

Eine Prüfung beinhaltet die Durchführung von Prüfungshandlungen zur Erlangung von Prüfungsnachweisen für die in der Jahresrechnung enthaltenen Wertansätze und sonstigen Angaben. Die Auswahl der Prüfungshandlungen liegt im pflichtgemässen Ermessen des Prüfers. Dies schliesst eine Beurteilung der Risiken wesentlicher falscher Angaben in der Jahresrechnung als Folge von Verstössen oder Irrtümern ein. Bei der Beurteilung dieser Risiken berücksichtigt der Prüfer das interne Kontrollsystem, soweit es für die Aufstellung der Jahresrechnung von Bedeutung ist, um die den Umständen entsprechenden Prüfungshandlungen festzulegen, nicht aber um ein Prüfungsurteil über die Wirksamkeit des internen Kontrollsystems abzugeben. Die Prüfung umfasst zudem die Beurteilung der Angemessenheit der angewandten Rechnungslegungsmethoden, der Plausibilität der vorgenommenen Schätzungen sowie eine Würdigung der Gesamtdarstellung der Jahresrechnung. Wir sind der Auffassung, dass die von uns erlangten Prüfungsnachweise eine ausreichende und angemessene Grundlage für unser Prüfungsurteil bilden.

Prüfungsurteil

Nach unserer Beurteilung entspricht die Jahresrechnung für das am 31. Dezember 2008 abgeschlossene Geschäftsjahr dem schweizerischen Gesetz, namentlich dem Spitalgesetz.

Finanzkontrolle von Kanton und Stadt Schaffhausen

Berichterstattung aufgrund weiterer gesetzlicher Vorschriften

Wir bestätigen, dass wir die gesetzlichen Anforderungen an die Zulassung gemäss Revisionsaufsichtsgesetz (RAG) und die Unabhängigkeit (Art. 728 OR) erfüllen und keine mit unserer Unabhängigkeit nicht vereinbare Sachverhalte vorliegen.

Wir empfehlen, die vorliegende Jahresrechnung zu genehmigen.

Finanzkontrolle



Alfred Stamm
Leiter Finanzkontrolle



Ralph Kolb
Leitender Revisor

Impressum

Herausgeber
Spitäler Schaffhausen
Direktionsstab Kommunikation
Geissbergstrasse 81
8200 Schaffhausen

Gestaltung
BieriDesign, Zürich

Interviews
Peter Hunziker, Schaffhausen

Lektorat
Ingrid Kunz Graf, Schaffhausen

Druck
Kuhn-Druck AG, Neuhausen

Fotos
Titelbild und Grossbilder: Giorgio von Arb, Zürich
Porträtbilder: Michael Kessler, Schaffhausen

